FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

ensemble pour la santé

CAHIER DES HABILETÉS CLINIQUES

2020-2021

Andrée Boucher M.D.
Serge Dubé M.D.
Louis Dufresne M.D.
Christian Bourdy M.D. et collaborateurs

TABLE DES MATIÈRES

GUIDE CALGARY-CAMBRIDGE
LE PROCESSUS DE COMMUNICATION

HABILETÉS DE BASE

I. COMMENCER L'ENTREVUE

A. *PRÉPARER LA RENCONTRE*
1. RÉVISE LES OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

B. *ÉTABLIR LE PREMIER CONTACT (L'ACCUEIL)*
1. SALUE LE PATIENT ET OBTIENT SON NOM
2. SE PRÉSENTE EN DONNANT SON NOM AU COMPLET (PRÉNOM ET NOM) ET PRÉCISE SON RÔLE, LA NATURE DE L'ENTREVUE POUR OBTENIR LE CONSENTEMENT DU PATIENT, SI NÉCESSAIRE
3. DÉMONTRE DU RESPECT ET DE L'INTÉRÊT ET VOIT AU CONFORT PHYSIQUE DU PATIENT (du début à la fin de l'entrevue)

C. *DÉTERMINER LES MOTIFS DE CONSULTATION*
1. DÉTERMINE PAR UNE QUESTION D'OUVERTURE LES PROBLÈMES OU LES PRÉOCCUPATIONS QUE LE PATIENT SOUHAITE VOIR ABORDER DURANT L'ENTREVUE
2. ÉCOUTE ATTENTIVEMENT LES ÉNONCÉS D'OUVERTURE DU PATIENT, SANS L'INTERROMPRE NI ORIENTER SA RÉPONSE
3. CONFIRME LA LISTE INITIALE DES MOTIFS DE CONSULTATION ET VÉRIFIE S'IL Y A D'AUTRES PROBLÈMES
4. FIXE LE PROGRAMME DE LA RENCONTRE AVEC L'ACCORD DU PATIENT, EN TENANT COMPTE À LA FOIS DE SES BESOINS ET DES PRIORITÉS CLINIQUES

Tiré de Richard C., Lussier M.-T., La communication professionnelle en santé, ERPI 2016, p. 225 à 232 issu de Kurtz et alii (1998, 2003b) et Silverman et alii (1998).
Traduit et adapté avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (2004 : ici la version diffère légèrement).

GUIDE CALGARY-CAMBRIDGE
LE PROCESSUS DE COMMUNICATION

HABILETÉS DE BASE

II. RECUEILLIR L'INFORMATION (suite)

B. *EMPLOYER LES HABILETÉS ADDITIONNELLES REQUISES POUR COMPRENDRE LA PERSPECTIVE DU PATIENT*
1. DÉTERMINE ACTIVEMENT ET EXPLORE ADÉQUATEMENT :
   - *LES IDÉES DU PATIENT (SES CROYANCES SUR LES CAUSES);*
   - *SES PRÉOCCUPATIONS (SES CRAINTES) AU SUJET DE CHAQUE PROBLÈME;*
   - *SES ATTENTES (SES BUTS, L'AIDE QU'IL DÉSIRE OBTENIR POUR CHAQUE PROBLÈME;*
   - *LES EFFETS DE SES PROBLÈMES DE SANTÉ : COMMENT CHAQUE PROBLÈME TOUCHE SA VIE*
   -
2. ENCOURAGE LE PATIENT À EXPRIMER SES ÉMOTIONS

HABILETÉS DE BASE

III. STRUCTURER LA RENCONTRE

A. *RENDRE EXPLICITE L'ORGANISATION DE L'ENTREVUE*
1. EFFECTUE UN RÉSUMÉ À LA FIN DE CHAQUE SUJET D'EXPLORATION
2. PROGRESSE D'UNE SECTION À L'AUTRE DE L'ENTREVUE EN ANNONÇANT VERBALEMENT LES TRANSITIONS ET EN LES JUSTIFIANT

B. *PRÊTER ATTENTION AU DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE*
1. STRUCTURE L'ENTREVUE SELON UNE SÉQUENCE LOGIQUE
2. EST ATTENTIF AU TEMPS DISPONIBLE ET MAINTIENT L'ENTREVUE CENTRÉE SUR LES TÂCHES À ACCOMPLIR

Tiré de Richard C., Lussier M.-T., La communication professionnelle en santé, ERPI 2016, p. 225 à 232 issu de Kurtz et alii (1998, 2003b) et Silverman et alii (1998).
Traduit et adapté avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (2004 : ici la version diffère légèrement).

FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

ont collaboré à cet ouvrage,
outre les auteurs principaux,
Jocelyn Aubut M.D., Hélène Fournier M.D., René Lecours M.D.,
Jacques Monday M.D.

Révision par Christian Bourdy M.D. 2007 à partir de :
Lynn S. Bickley, Bates'
Guide to physical examination and history taking 9e ed. 2007
Silverman J., Kurtz S., Draper J.,
Skills for communicating with patients, Radcliffe Medical Press 1998
Richard C., Lussier M.-T.,
La communication professionnelle en santé, ERPI 2005

Examen locomoteur révisé 2013
Martin Lamontagne M.D., Véronique Godbout M.D.

Révisions 2012-2013, 2013-2014 par Chantal Cordeau M.D.

Révision complète Août 2015 par Christian Bourdy M.D.
Examen neurologique révisé par Jeanne Teitelbaum M.D.

Révision complète C. Bourdy juillet 2017
Hernies et organes génitaux mâles par Julie Morisset MD
Examen locomoteur par France Brunet et France Piotte, Physiothérapeutes

Révision complète par Christian Bourdy M.D.
Août 2018, Juillet 2019, Juillet 2020
Examen locomoteur révisé par Marie-Josée Nadeau, pht, M.Sc.

GUIDE CALGARY-CAMBRIDGE
LE PROCESSUS DE COMMUNICATION
HABILETÉS DE BASE

IV. CONSTRUIRE LA RELATION
A. *UTILISER UN COMPORTEMENT NON VERBAL APPROPRIÉ*
1. ADOPTE UN COMPORTEMENT NON VERBAL APPROPRIÉ : ➢ *CONTACT VISUEL, EXPRESSION FACIALE;* ➢ *POSTURE, POSITION ET MOUVEMENTS;* ➢ *INDICES VOCAUX TELS QUE DÉBIT, VOLUME, TONALITÉ*
2. LIT OU PREND DES NOTES, OU UTILISE UN ORDINATEUR, D'UNE FAÇON QUI N'INTERFÈRE NI AVEC LE DIALOGUE NI AVEC LA RELATION
3. MONTRE UNE CONFIANCE APPROPRIÉE
B. *ÉTABLIR UNE RELATION CHALEUREUSE ET HARMONIEUSE*
1. ACCUEILLE LES POINTS DE VUE ET LES ÉMOTIONS DU PATIENT, NE S'ÉRIGE PAS EN JUGE
2. UTILISE L'EMPATHIE : RECONNAÎT OUVERTEMENT LES POINTS DE VUE ET LES ÉMOTIONS DU PATIENT ET EMPLOIE LA TECHNIQUE DU REFLET
3. FOURNIT DU SOUTIEN : ➢ *EXPRIME SON INTÉRÊT, SA COMPRÉHENSION, SA VOLONTÉ D'AIDER;* ➢ *RECONNAÎT LES EFFORTS D'ADAPTATION ET LES DÉMARCHES APPROPRIÉES D'AUTOSOINS DE SON PATIENT* ➢ *LUI OFFRE DE TRAVAILLER EN PARTENARIAT*
4. AGIT AVEC DÉLICATESSE DANS LA DISCUSSION DE SUJETS EMBARASSANTS ET TROUBLANTS, EN PRÉSENCE DE DOULEURS PHYSIQUES OU PSYCHIQUES ET DURANT L'EXAMEN PHYSIQUE
C. *ASSOCIER LE PATIENT À LA DÉMARCHE CLINIQUE*
1. PARTAGE SES RÉFLEXIONS CLINIQUES AVEC LE PATIENT
2. JUSTIFIE SES QUESTIONS OU DES PARTIES DE L'EXAMEN PHYSIQUE QUI POURRAIENT PARAÎTRE NON PERTINENTES
3. DURANT L'EXAMEN PHYSIQUE, EXPLIQUE LE DÉROULEMENT, DEMANDE LA PERMISSION

Tiré de Richard C., Lussier M.-T., La communication professionnelle en santé, ERPI 2016, p. 225 à 232 issu de Kurtz et alii (1998, 2003b) et Silverman et alii (1998).
Traduit et adapté avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (2004 : ici la version diffère légèrement).

GUIDE CALGARY-CAMBRIDGE
LE PROCESSUS DE COMMUNICATION

HABILETÉS DE BASE

II. RECUEILLIR L'INFORMATION
A. *EXPLORER LES PROBLÈMES DU PATIENT*
1. ENCOURAGE LE PATIENT À RACONTER L'HISTOIRE DE SON OU DE SES PROBLÈMES, DU DÉBUT JUSQU'AU MOMENT PRÉSENT, DANS SES PROPRES MOTS (EN CLARIFIANT LE MOTIF DE CONSULTATION ACTUEL)
2. UTILISE DES QUESTIONS OUVERTES D'ABORD ET DES QUESTIONS FERMÉES POUR PRÉCISER
3. ÉCOUTE ATTENTIVEMENT, EN PERMETTANT AU PATIENT DE TERMINER SES PHRASES SANS L'INTERROMPRE ET EN LUI LAISSANT DU TEMPS POUR RÉFLÉCHIR AVANT DE RÉPONDRE OU POUR CONTINUER APRÈS UNE PAUSE
4. FACILITE, VERBALEMENT ET NON VERBALEMENT, LES RÉPONSES DU PATIENT
5. RELÈVE LES INDICES VERBAUX ET NON VERBAUX; OFFRE SON INTERPRÉTATION AU PATIENT ET VÉRIFIE SI CELUI-CI EST D'ACCORD
6. CLARIFIE LES ÉNONCÉS DU PATIENT QUI SONT AMBIGUS OU QUI NÉCESSITENT PLUS DE PRÉCISIONS
7. EFFECTUE PÉRIODIQUEMENT DES RÉSUMÉS DES PROPOS DU PATIENT
8. UTILISE DES QUESTIONS ET DES COMMENTAIRES CONCIS ET FACILES À COMPRENDRE; ÉVITE LE JARGON MÉDICAL OU, DU MOINS, L'EXPLIQUE
9. ÉTABLIT LA SÉQUENCE TEMPORELLE DES ÉVÉNEMENTS DEPUIS LE DÉBUT

Tiré de Richard C., Lussier M.-T., La communication professionnelle en santé, ERPI 2016, p. 225 à 232 issu de Kurtz et alii (1998, 2003b) et Silverman et alii (1998).
Traduit et adapté avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (2004 : ici la version diffère légèrement).

GUIDE CALGARY-CAMBRIDGE
LE PROCESSUS DE COMMUNICATION

HABILETÉS AVANCÉES

V. EXPLIQUER ET PLANIFIER
A. *FOURNIR LA QUANTITÉ ET LE TYPE D'INFORMATION ADÉQUATS*
1. FOURNIT L'INFORMATION PAR PORTIONS FACILES À GÉRER ET VÉRIFIE LA COMPRÉHENSION DU PATIENT; UTILISE LES RÉPONSES DU PATIENT COMME GUIDE POUR ADAPTER SES EXPLICATIONS
2. ÉVALUE LES CONNAISSANCES DU PATIENT : ➢ *S'ENQUIERT DES CONNAISSANCES PRÉALABLES DU PATIENT;* ➢ *S'INFORME DE L'ÉTENDUE DE CE QUE LE PATIENT SOUHAITE SAVOIR*
3. DEMANDE AU PATIENT QUELS AUTRES RENSEIGNEMENTS LUI SERAIENT UTILES
4. DONNE L'INFORMATION À DES MOMENTS APPROPRIÉS : ➢ *ÉVITE DES FOURNIR DES CONSEILS ET DE L'INFORMATION OU DE RASSURER PRÉMATURÉMENT*
B. *AIDER LE PATIENT À RETENIR ET À COMPRENDRE L'INFORMATION*
1. ORGANISE LES EXPLICATIONS : ➢ *DIVISE L'INFORMATION EN PARTIES LOGIQUEMENT ORGANISÉES*
2. UTILISE DES CATÉGORIES EXPLICITES : ➢ *ANNONCE LES CHANGEMENTS DE THÈME*
3. EMPLOIE LA RÉPÉTITION ET LES RÉSUMÉS POUR RENFORCER L'INFORMATION
4. UTILISE UN LANGAGE CONCIS ET FACILE À COMPRENDRE; ➢ *ÉVITE LE JARGON MÉDICAL, OU DU MOINS L'EXPLIQUE*
5. RECOURT À DU MATÉRIEL VISUEL POUR TRANSMETTRE L'INFORMATION : ➢ *DIAGRAMMES, MODÈLES, INFORMATIONS OU INSTRUCTIONS ÉCRITES*
6. VÉRIFIE LA COMPRÉHENSION QU'A LE PATIENT DE L'INFORMATION DONNÉE (OU DES PLANS ÉLABORÉS)

Tiré de Richard C., Lussier M.-T., La communication professionnelle en santé, ERPI 2016, p. 225 à 232 issu de Kurtz et alii (1998, 2003b) et Silverman et alii (1998).
Traduit et adapté avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (2004 : ici la version diffère légèrement).

GUIDE CALGARY-CAMBRIDGE
LE PROCESSUS DE COMMUNICATION

HABILETÉS AVANCÉES
(sauf le point C : HABILETÉS DE BASE)

VI. TERMINER L'ENTREVUE
A. *PLANIFIER LES PROCHAINES ÉTAPES*
1. CONCLUT UNE ENTENTE AVEC LE PATIENT AU SUJET DES PROCHAINES ÉTAPES
2. PRÉVOIT UN FILET DE SÉCURITÉ EN MENTIONNANT ➢ *LES RÉSULTATS INATTENDUS POSSIBLES* ➢ *LES MESURES À PRENDRE SI LE PLAN DE TRAITEMENT NE FONCTIONNE PAS,* ➢ *LE MOMENT ET LA FAÇON DE DEMANDER DE L'AIDE*
B. *PRÉPARER LA FIN DE LA RENCONTRE*
1. RÉSUME LA SÉANCE BRIÈVEMENT ET CLARIFIE LE PLAN DE SOINS
2. VÉRIFIE UNE DERNIÈRE FOIS QUE LE PATIENT EST D'ACCORD ET À L'AISE AVEC LE PLAN DE SOINS PROPOSÉ ET DEMANDE S'IL A DES CORRECTIONS À APPORTER, DES QUESTIONS À POSER OU D'AUTRES POINTS À DISCUTER
C. *TERMINER LA RENCONTRE*
1. SALUE ET REMERCIE LE PATIENT POUR SA COLLABORATION

Tiré de Richard C., Lussier M.-T., La communication professionnelle en santé, ERPI 2016, p. 225 à 232 issu de Kurtz et alii (1998, 2003b) et Silverman et alii (1998).
Traduit et adapté avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (2004 : ici la version diffère légèrement).

GUIDE CALGARY-CAMBRIDGE
LE PROCESSUS DE COMMUNICATION
HABILETÉS AVANCÉES

VIII. EXPLIQUER ET PLANIFIER : CAS PARTICULIERS DE DISCUSSION AVEC LE PATIENT (suite)
C. *ÉLABORER CONJOINTEMENT UN PLAN D'ACTION*
7. ENCOURAGE LE PATIENT À METTRE EN PRATIQUE LES PLANS D'ACTION, À PRENDRE SES RESPONSABILITÉS ET À ÊTRE AUTONOME
8. VÉRIFIE LE SOUTIEN PERSONNEL DONT BÉNÉFICIE LE PATIENT ET DISCUTE DES AUTRES POSSIBILITÉS DE SOUTIEN SOCIAL QUI S'OFFRENT À LUI
D. *DISCUTER À PROPOS DES INVESTIGATIONS ET DES INTERVENTIONS*
1. FOURNIT DES INFORMATIONS CLAIRES SUR LES INTERVENTIONS, C'EST-À-DIRE SUR CE QUE LE PATIENT POURRAIT VIVRE ET SUBIR ET SUR LA FAÇON DONT IL SERA INFORMÉ DES RÉSULTATS
2. EXPLICITE LE LIEN ENTRE LES INTERVENTIONS ET LE PLAN DE TRAITEMENT
3. ENCOURAGE LES QUESTIONS ET LA DISCUSSION SUR LES CRAINTES OU LES RÉSULTATS DÉFAVORABLES POSSIBLES

Tiré de Richard C., Lussier M.-T., La communication professionnelle en santé, ERPI 2016, p. 225 à 232 issu de Kurtz et alii (1998, 2003b) et Silverman et alii (1998).
Traduit et adapté avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (2004 : ici la version diffère légèrement).

C) STRUCTURER LA RENCONTRE

L'étudiant
1. Aide la communication (**facilitation**)
2. Demande des précisions, si nécessaire (énoncé de **clarification**)
3. Interrompt et redirige le discours, si nécessaire
4. Utilise un vocabulaire adapté au patient
5. Ponctue la rencontre (**énoncé d'entretien**) (« *maintenant, je vais vous questionner sur…, ou examiner …* »)
6. Utilise des questions ouvertes / fermées de façon appropriée : d'abord ouvertes, puis fermées
7. Résume périodiquement au moment opportun (**énoncé de vérification)** et valide avec le patient
8. Vérifie avec une question ouverte que tous les aspects importants du/des problème(s) ont été abordés (« *y a-t-il autre chose dont vous vouliez parler ?* »)
9. Voit à respecter le temps prévu pour cette rencontre

D) ÉTABLIR LA RELATION PROFESSIONNELLE

L'étudiant
1. Conserve un contact visuel et a une attitude non verbale adéquate
2. Répond de façon appropriée au langage non verbal du patient
3. Maintient son attention envers le patient pendant la prise de notes (ou la rédaction électronique)
4. Démontre empathie et soutien lors de moments émotifs, si présents
5. Recherche et accueille les points de vue du patient (expérience de la maladie)

E) ATTITUDES DURANT L'EXAMEN PHYSIQUE

L'étudiant
1. Se lave les mains avant et après l'examen
2. Voit à utiliser les moyens de protection appropriés, selon la situation
3. Est détendu et calme
4. Procède de façon ordonnée et logique
5. Porte une attention plus particulière à certaines parties de l'examen physique en fonction de ses hypothèses diagnostiques précoces (recherche de signes spécifiques)
6. Démontre de la délicatesse et du respect durant tout l'examen physique
7. Dénude le patient en temps opportun et assure l'intimité lors de la mise à nu
8. Explique clairement tous les gestes qu'il va poser
9. Adapte son examen si des gestes posés entraînent douleur ou inconfort
10. Répond de façon appropriée au langage non verbal du patient
11. Effectue l'examen physique complet (ou l'examen requis par le moniteur)
12. En terminant, remercie le patient pour sa coopération

HABILETÉS AVANCÉES

VII. EXPLIQUER ET PLANIFIER : CAS PARTICULIERS DE DISCUSSION AVEC LE PATIENT
A. ***ÉCHANGER DES PROPOS D'OPINIONS SUR UN PROBLÈME OU SUR SA SIGNIFICATION***
1. OFFRE UNE OPINION SUR CE QUI SE PASSE ET, SI POSSIBLE, NOMME PRÉCISÉMENT LE OU LES PROBLÈMES
2. RÉVÈLE LES RAISONS À L'ORIGINE DES OPINIONS DISCUTÉES
3. EXPLIQUE LES CAUSES, LA GRAVITÉ, LES RÉSULTATS ATTENDUS AINSI QUE LES CONSÉQUENCES À COURT ET À LONG TERME
4. ENCOURAGE LE PATIENT À EXPRIMER SES CROYANCES, SES RÉACTIONS ET SES PRÉOCCUPATIONS AU SUJET DES OPINIONS ÉMISES
B. ***ÉLABORER CONJOINTEMENT UN PLAN D'ACTION***
1. DISCUTE DES POSSIBILITÉS D'INTERVENTION
2. FOURNIT DE L'INFORMATION SUR LES INTERVENTIONS ET LES TRAITEMENTS OFFERTS : ➢ LEUR NOM; ➢ LES ÉTAPES DES TRAITEMENTS ET LA FAÇON DONT ILS FONCTIONNENT; ➢ LEURS AVANTAGES; ➢ LEURS EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES
3. SOLLICITE LA PERSPECTIVE DU PATIENT SUR LA NÉCESSITÉ D'AGIR, LES BIENFAITS PERÇUS, LES OBSTACLES, SA MOTIVATION
4. RECONNAÎT LE POINT DE VUE DU PATIENT; AU BESOIN, PLAIDE EN FAVEUR D'AUTRES POINTS DE VUE
5. SOLLICITE LES RÉACTIONS ET LES PRÉOCCUPATIONS DU PATIENT AU SUJET DU PLAN DE TRAITEMENT; VÉRIFIE NOTAMMENT S'IL LE TROUVE ACCEPTABLE
6. TIENT COMPTE DU STYLE DE VIE, DES CROYANCES, DU BAGAGE CULTUREL ET DES CAPACITÉS DU PATIENT

Tiré de Richard C., Lussier M.-T., La communication professionnelle en santé, ERPI 2016, p. 225 à 232 issu de Kurtz et alii (1998, 2003b) et Silverman et alii (1998).
Traduit et adapté avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (2004 : ici la version diffère légèrement).

HABILETÉS AVANCÉES

VI. EXPLIQUER ET PLANIFIER (suite)
C. ***ARRIVER À UNE COMPRÉHENSION PARTAGÉE : INTÉGRER LA PERSPECTIVE DU PATIENT***
1. RELIE SES EXPLICATIONS AUX OPINIONS DU PATIENT SUR SES MALAISES : ➢ *EFFECTUE LE LIEN AVEC LES IDÉES, LES PRÉOCCUPATIONS ET LES ATTENTES QU'A PRÉALABLEMENT EXPRIMÉES LE PATIENT*
2. FOURNIT AU PATIENT DES OCCASIONS DE PARTICIPER ET L'ENCOURAGE À LE FAIRE : ➢ *L'INCITE À POSER DES QUESTIONS, À DEMANDER DES CLARIFICATIONS, À EXPRIMER SES DOUTES; Y RÉPOND ADÉQUATEMENT*
3. RELÈVE LES INDICES VERBAUX ET LES INDICES NON VERBAUX
4. DEMANDE AU PATIENT D'EXPRIMER SES CROYANCES, SES RÉACTIONS ET SES ÉMOTIONS EN LIEN AVEC L'INFORMATION DONNÉE ET LES TERMES UTILISÉS; LES RECONNAÎT ET Y RÉPOND AU BESOIN
D. ***PLANIFIER : ARRIVER À UNE PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE***
1. PARTAGE SES RÉFLEXIONS CLINIQUES (IDÉES, PROCESSUS DE PENSÉE, DILEMMES), LORSQUE CELA EST APPROPRIÉ
2. S'ASSURE DE LA PARTICIPATION DU PATIENT : ➢ *PRÉSENTE DES SUGGESTIONS ET DES CHOIX PLUTÔT QUE DES DIRECTIVES;* ➢ *ENCOURAGE LE PATIENT À PARTAGER SES PENSÉES (IDÉES, SUGGESTIONS ET PRÉFÉRENCES)*
3. EXPLORE LES DIFFÉRENTES OPTIONS D'ACTION
4. S'ASSURE DU RÔLE QUE LE PATIENT SOUHAITE JOUER DANS LES DÉCISIONS À PRENDRE
5. DISCUTE DU PLAN MUTUELLEMENT ACCEPTABLE POUR LES DEUX PARTIES : SIGNALE SA POSITION OU SES PRÉFÉRENCES AU SUJET DES OPTIONS POSSIBLES; DÉTERMINE LES PRÉFÉRENCES DU PATIENT
6. VÉRIFIE AUPRÈS DU PATIENT S'IL EST D'ACCORD AVEC LE PLAN ET SI ON A RÉPONDU À SES PRÉOCCUPATIONS

Tiré de Richard C., Lussier M.-T., La communication professionnelle en santé, ERPI 2016, p. 225 à 232 issu de Kurtz et alii (1998, 2003b) et Silverman et alii (1998).
Traduit et adapté avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (2004 : ici la version diffère légèrement).

SURVOL D'UN EXAMEN PHYSIQUE COMPLET

SÉQUENCE DE L'EXAMEN	POSITION DU PATIENT
APPARENCE GÉNÉRALE (y compris l'état émotif)	Posture de départ (selon le cas)
SIGNES VITAUX	Assis (et décubitus dorsal, au besoin)
FONCTIONS COGNITIVES (si pertinent)	Assis
PEAU	Assis
ORL (y compris neuro, si pertinent)	Assis
YEUX (y compris neuro, si pertinent)	Assis
COU (vasculaire, ganglions, endo, locomoteur et neuro selon la pertinence clinique)	Assis (N.B. : la palpation du rachis s'effectue en décubitus dorsal)
AISSELLES	Assis
MEMBRES SUPÉRIEURS (locomoteur, neuro et vasculaire, si pertinent)	Assis
THORAX POSTÉRIEUR ET ANTÉRIEUR (POUMONS)	Assis
SEINS (si pertinent)	Assis et décubitus dorsal
CŒUR	Assis, décubitus dorsal et latéral G
ABDOMEN (y compris vasculaire et ganglions inguinaux)	Décubitus dorsal
MEMBRES INFÉRIEURS (locomoteur, neuro et vasculaire, si pertinent)	Assis et debout
RACHIS LOMBAIRE (si pertinent)	Debout
EXAMEN PSYCHIATRIQUE DE BASE	Assis ou couché
** EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET	Assis et debout
** EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET	Assis, décubitus dorsal et debout
**EXAMEN VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE	Debout puis en décubitus dorsal
EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE (si pertinent)	Décubitus dorsal
ORGANES GÉNITAUX MÂLES	Décubitus dorsal
EXAMEN ANO-RECTAL (si pertinent)	Décubitus latéral G (ou debout)

N.B. : Les examens vasculaire, locomoteur, neurologique et psychiatrique de dépistage sont avantageusement intégrés à l'examen général de tout patient, puis complétés à la fin, si pertinent (voir les examens précédés du signe (**).

STRUCTURE D'UNE ENTREVUE

A) ÉTABLIR LE PREMIER CONTACT – EXPLORER LA RAISON DE CONSULTATION

L'étudiant
1. S'identifie (Nom et prénom, précise son niveau de formation et identifie le patient.
2. Décrit ce qu'il s'apprête à effectuer (anamnèse et/ou examen physique) et annonce la durée approximative de la rencontre.
3. Voit au confort du patient et s'installe de façon à faciliter les échanges.
4. Demande la raison de consultation/admission (question ouverte).

B) RECUEILLIR LES DONNÉES CLINIQUES

EXPLORATION DES PROBLÈMES
1. **Écoute attentivement le récit spontané (fil narratif) du patient sans l'interrompre durant la première minute.**
Complète l'information obtenue SPONTANÉMENT en recherchant les attributs du ou des problèmes présentés :
2. **caractéristiques** (type de malaise – i.e. le qualifier – et intensité / 10)
3. **historique** (profil temporel et évolution dans le temps)
4. **circonstances d'apparition:** facteurs environnementaux, émotifs, travail
5. facteurs **déclenchants / aggravants / soulageants**
6. **localisation** et **irradiation** (s'il s'agit d'une douleur) et **intensité**
7. **symptômes accompagnateurs**
8. **caractéristiques systémiques** du/des problème(s) : atteinte de l'état général/fatigue; fièvre/frissons; anorexie/perte de poids
9. **tous les symptômes du ou des systèmes concernés**
10. autres systèmes **(POUR MMD 2235 ET 2236)**
11. **antécédents personnels** médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, obstétricaux (si pertinent)
12. **antécédents familiaux** médicaux, chirurgicaux, psychiatriques
13. prise de **médicaments** (prescrits ou non prescrits; produits naturels)
14. **allergies** (médicamenteuses, alimentaires ou de contact)
15. **habitudes de vie** : alimentation, tabac, ROH, café/thé, boissons énergisantes, drogues, activités physiques; et si, pertinent vie sexuelle
16. **réseau social** (primaire et secondaire)
COMPRENDRE L'EXPÉRIENCE DE LA MALADIE DU PATIENT
17. **Préoccupations** face à son/ses problème(s) de santé, aux traitements à venir
18. **Impact du/des problème(s)** sur son fonctionnement quotidien
19. **Croyances** sur la nature et la (ou les) cause(s) de son/ses problème(s)
20. **Attentes** face au(x) problème(s)
21. **Émotions** face au(x) problème(s)

EXAMEN PHYSIQUE COMPLET
PRÉAMBULE

Cet examen physique complet est un examen qui devrait être effectué chez tout patient venant consulter un médecin de famille pour un problème exigeant une évaluation globale de la condition de celui-ci. C'est l'examen minimal que tous les étudiants devraient effectuer pour chaque patient.
Évidemment, l'examen sera plus complet et plus poussé si la complexité de la condition du patient l'amenant à consulter nécessite la recherche de signes spécifiques (par ex. examen neurologique ou locomoteur ou psychiatrique ou vasculaire).

N.B. : L'examen des seins et l'examen gynécologique ne seront pas effectués d'emblée chez toute patiente; ils ne seront exécutés que si pertinents et sous l'observation directe du moniteur. Les étudiants n'ont pas à effectuer ces examens (sauf lors de la simulation (mannequin) au Centre de simulation (CAAHC) durant MMD 2236)

N.B. : Le toucher rectal ne sera effectué que si jugé pertinent chez un homme symptomatique ou si on veut détecter une tumeur rectale (chez un homme ou une femme). Seulement les étudiants de deuxième année pourraient effectuer cet examen sous la supervision du moniteur, après une pratique préalable en groupe à l'aide des mannequins au Centre de simulation (CAAHC).

N.B. : L'examen des organes génitaux externes de l'homme ne font pas partie de l'examen physique complet de routine, il ne sera effectué que si pertinent et sous l'observation directe du moniteur.

N.B. : Certains de ces examens ne seront effectués que lors du premier examen du patient puis répétés seulement, au besoin, selon les raisons de consultation subséquentes. Par contre, les étudiants doivent effectuer un examen physique complet pour chaque patient qu'ils rencontreront, en plus des examens physiques spécifiques complémentaires nécessités par la condition du patient. La recherche de signes spécifiques doit toujours être présente en fonction des hypothèses précoces survenues durant l'anamnèse.

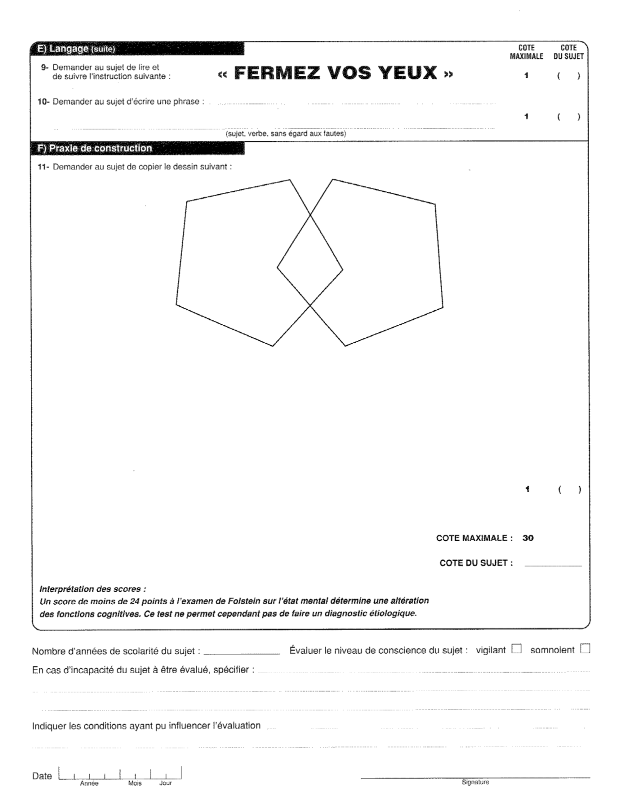
APPARENCE GÉNÉRALE ET CONTEXTE

L'ÉTUDIANT DÉCRIT L'APPARENCE GÉNÉRALE
État de santé apparent : bon, fragile, etc.
État de conscience : alerte, stuporeux, comateux, agité
Signes de détresse : souffrant, prostré, dyspnéique, nauséeux
Expression faciale : faciès immobile du parkinsonien, grimaçant, etc.
Morphologie : maigreur, cachexie, obésité, malformation, asymétrie, etc.
Coloration de la peau : cyanose, ictère, pâleur, érythème
Habillement et **niveau d'hygiène** : adéquat, négligé
Odeurs corporelles et **haleine** : alcool, acétone, fétide, etc.
Posture, **démarche**, **activité motrice**: ralentie, accélérée, tremblements, boiterie, etc.
État affectif dominant : anxieux, dépressif, euphorique, hostile, etc.
Cours de la pensée : ralenti, adéquat, accéléré
Attitude générale : coopératif, dramatisant, négativiste, etc.

L'ÉTUDIANT DÉCRIT LE CONTEXTE DE LA RENCONTRE
Environnement physique : chambre d'hôpital, lit unique ou multiples, clinique externe, salle d'enseignement du monitorat, etc.
Environnement médical : soluté, respirateur, pansements, équipement de protection individuelle, etc.
Environnement social : patient seul ou accompagné

SIGNES VITAUX – TENSION ARTÉRIELLE

MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE – GÉNÉRALITÉS
L'étudiant choisit le brassard approprié
et prend la tension artérielle aux 2 bras
en position assise ou couchée (et debout, si hypotension orthostatique suspectée).
MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE PAR PALPATION
Le bras du patient est supporté (il repose sur la table, sur le lit ou est supporté par l'étudiant) de façon à ce que l'artère humérale (brachiale) soit au niveau du cœur.
L'étudiant est dans une position confortable.
Le bord inférieur du brassard est à 2,5 cm au-dessus du pli du coude.
L'étudiant repère l'artère humérale (brachiale)
et centre le sac du tensiomètre sur l'artère humérale.
Puis en gonflant le sac, il mesure la pression systolique par palpation de l'artère radiale (disparition du pouls). – cf. Bates' p. 128
MESURE LA TENSION ARTÉRIELLE PAR AUSCULTATION
Il applique correctement le diaphragme du stéthoscope en bas du brassard.
Il gonfle rapidement le brassard à 30 mm Hg au-dessus de la valeur obtenue par la palpation.
Il dégonfle le brassard sans interruption (2 à 3 mm Hg / sec.).
Le chiffre où le premier bruit est entendu correspond à la systolique.
Le chiffre où les bruits disparaissent (ou diminuent) correspond à la diastolique.
Les valeurs obtenues sont exactes.



E) Langage (suite)

		COTE MAXIMALE	COTE DU SUJET
9- Demander au sujet de lire et de suivre l'instruction suivante :	« FERMEZ VOS YEUX »	1	( )
10- Demander au sujet d'écrire une phrase : …… (sujet, verbe, sans égard aux fautes)		1	( )

F) Praxie de construction

11- Demander au sujet de copier le dessin suivant : — 1 ( )

COTE MAXIMALE : 30

COTE DU SUJET : ______

Interprétation des scores :
Un score de moins de 24 points à l'examen de Folstein sur l'état mental détermine une altération des fonctions cognitives. Ce test ne permet cependant pas de faire un diagnostic étiologique.

Nombre d'années de scolarité du sujet : ______ Évaluer le niveau de conscience du sujet : vigilant ☐ somnolent ☐

En cas d'incapacité du sujet à être évalué, spécifier : ……

Indiquer les conditions ayant pu influencer l'évaluation ……

Date ___ Année Mois Jour ______ Signature

SIGNES VITAUX – POIDS ET TAILLE

L'ÉTUDIANT VÉRIFIE LA TEMPÉRATURE BUCCALE
en mettant le thermomètre sous la langue, la bouche fermée
pour au moins 2 minutes ou lors de la sonnerie de l'appareil électronique,
il vérifie que la T° de base est ≤ 37,0 ° C.
LA RESPIRATION
Il observe la respiration du patient sans que celui-ci en soit conscient
et en détermine la fréquence respiratoire (FR);
La compare aux valeurs normales (14 à 20 / minute);
Évalue le rythme respiratoire;
Évalue l'amplitude respiratoire.
LE POULS
Il palpe le pouls radial au site approprié (cf. p. 34).
Il palpe le pouls carotidien au site approprié (tiers inférieur du cou, le long du bord interne du sterno-cléido-mastoïdien)
Avec la technique appropriée (extrémités de l'index et du majeur);
Détermine la fréquence des pulsations (FC) (fréquence / 15 sec. x 4);
Évalue le rythme des pulsations (régulier vs irrégulier);
Évalue l'amplitude des pulsations (de 1 à 3+) (normal = 2+); (selon Bates' 11e éd. p. 500 et 12e éd. p. 522)
Les compare aux valeurs normales (70 à 80 / minute).

POIDS
L'étudiant pèse ou note le poids.
TAILLE
L'étudiant mesure ou note la taille.
INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)
L'étudiant calcule l'IMC (poids en Kg / taille en mètre^2).

EXAMEN PHYSIQUE COMPLET

1. APPARENCE GÉNÉRALE : description du patient en tenant compte des **INDICES INITIAUX** perçus selon l'attitude, le mode de présentation, le contexte, le degré de souffrance, le degré de détresse physique et/ou psychologique, la position antalgique, etc.
Y compris l'observation de la démarche (de la salle d'attente au bureau)
N.B. : Le Mini-mental sera effectué peu après le début, selon l'appréciation de la fiabilité et de la cohérence du patient.
N.B. : L'examen de la peau sera effectué simultanément lors de l'examen de chaque partie du corps.

2. SIGNES VITAUX : TA, FC, FR (N. B. : la température et la saturation en O_2 seront prises, si pertinentes)

3. TÊTE
Yeux : Inspection (dimension pupillaire, conjonctives)
Fundi
Si pertinent : acuité, RPM, mouvements oculaires, champs visuels

ORL :
Nez : inspection externe (si pertinent, inspection interne)
Bouche : inspection (muqueuses, dentition)
Oreilles : otoscopie et dépistage de l'audition (si pertinent : Weber et Rinné)

4. COU
Carotides : auscultation (en premier), puis palpation (un côté à la fois)
Pouls veineux jugulaire (TVC : tension veineuse centrale)
Ganglions cervicaux + supra-claviculaires
Thyroïde : palpation

5. THORAX
Aisselles : ganglions
Poumons : inspection du thorax
palpation et percussion en postérieur
auscultation (antérieure et postérieure)
Seins : si pertinent

6. COEUR
Palpation : choc de pointe
Auscultation : 4 foyers (position assise, décubitus dorsal puis en latéral gauche)

7. ABDOMEN
Inspection cicatrices, déformation
Auscultation : péristaltisme, souffles abdominaux; souffles fémoraux
Palpation : superficielle et profonde
aorte (si pertinent)
foie et rate (percussion, si pertinent)
reins (palpation et punch rénal, si pertinents)
aines : adénopathies inguinales; pouls fémoraux; recherche d'hernies (si pertinent)

8. MEMBRES
Inspection globale : symétrie, mouvements spontanés, posture et démarche
Inspection des membres : atrophie ou déformation
Palpation : pouls radial, poplité, pédieux et tibial postérieur
Recherche d'œdème, de troubles trophiques et de varicosités aux membres inférieurs
Dépistage de la force des membres supérieurs
Dépistage de la force des membres inférieurs
ROT des membres supérieurs et inférieurs (cutané plantaire, si pertinent)
****

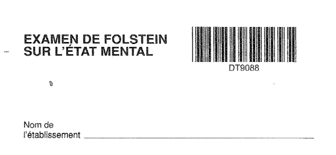
SI PERTINENTS SERONT EFFECTUÉS, EN PLUS :
EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET OU SEGMENTAIRE
EXAMEN PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE

Comité de cours IMC/IDC – Juillet 2019

EXAMEN DERMATOLOGIQUE DE BASE

L'étudiant
s'assure d'un bon éclairage (naturel, si possible),
observe la peau tout au long de l'examen physique en respectant la pudeur du patient,
observe aussi les muqueuses (buccales et si pertinent, génitales).
Examine la peau
Couleur : plus foncée, plus pâle, rouge, ictérique, etc.
Humidité : sécheresse, sudation, peau graisseuse.
Température (N.B. : palpée avec le dos des doigts) : chaude, froide.
Texture : épaissie, amincie, parcheminée.
Mobilité : peau fixée au plan profond ?
Turgescence : persistance du pli cutané.
Recherche des lésions primaires de la peau
Décrit la localisation, la distribution, la forme et la dimension;
Décrit l'agencement des lésions : isolées ou confluentes;
Décrit le type de lésions: macules, papules, vésicules, bulles, nodules, etc.;
Décrit la couleur des lésions.
Effectue un dessin, si pertinent, et y note la dimension.
Examine la pilosité
Normale, diminuée ou augmentée (cuir chevelu et sur tout le corps).
Distribution des changements.
Cuir chevelu **:** couleur, rougeur, squames, alopécie (et sa localisation).
Décrit clairement ce qu'il voit.
Examine les ongles (mains et pieds)
Coloration : rosée, pâle, blanchâtre.
Texture : surface lisse ou irrégulière.
Forme : normale ou déformée.
Recherche des lésions spécifiques dans certaines régions
Tête : recherche de plaques de psoriasis, dermite séborrhéique, etc.
Cou : acanthosis nigricans, acrochordon (« tétine »), etc.
Dos : mélanome, etc.
Membres supérieurs surtout paumes + espaces interdigitaux : eczéma, sillons (gale), etc.
Thorax et **aisselles** : bulles en amas (zona), desquamation (mycose), etc.
Abdomen, **organes génitaux externes**, **aines** : mycoses, condylomes, etc.
Membres inférieurs surtout plantes + espaces interdigitaux : eczéma, etc.

EXAMEN DE FOLSTEIN SUR L'ÉTAT MENTAL



Nom de l'établissement ____________________

		COTE MAXIMALE	COTE DU SUJET
A) Orientation			
Demander au sujet :			
1- Quel est	l'année · le mois · le jour · D L M Me J V S le jour de la semaine La saison : printemps ☐ été ☐ automne ☐ hiver ☐	5	( )
2- Où sommes-nous	Province · Pays Ville, village · Lieu (hôpital, cabinet, maison, etc.) · Étage	5	( )
B) Enregistrement			
3- Mentionner un des groupes de 3 mots suivants; prendre une seconde pour prononcer chaque mot :	chemise, bleu, honnêteté ( ) ou chaussure, brun, modestie ( ) ou chandail, blanc, charité ( )	3	( )
Par la suite, demander au sujet de répéter les 3 mots choisis. Donner 1 point pour chaque bonne réponse au 1er essai. Répéter l'exercice jusqu'à ce que le sujet retienne les 3 mots. Compter le nombre d'essais et le noter. Pour information seulement.		Nombre d'essais : ______	
C) Attention et calcul (cocher l'un ou l'autre test)			
4- ☐ Demander au sujet de faire la soustraction par intervalles de 7 à partir de 100 : 100 – 7 = ( ) 93 – 7 = ( ) 86 – 7 = ( ) 79 – 7 = ( ) 72 – 7 = ( ) 65. **OU** Donner 1 point pour chaque bonne réponse. ☐ Demander au sujet d'épeler le mot « MONDE » à l'envers. (EDNOM) : ___ ___ ___ ___ ___ (écrire les lettres)		5	( )
D) Rétention mnésique			
5- Demander au sujet de répéter les 3 mots déjà mentionnés :	chemise, bleu, honnêteté ( ) ou chaussure, brun, modestie ( ) ou chandail, blanc, charité ( )	3	( )
E) Langage			
6- Montrer au sujet un crayon ( ) une montre ( ) et lui demander de nommer l'objet.		2	( )
7- Demander au sujet de répéter la phrase suivante :	**« Pas de si ni de mais ».**	1	( )
8- Demander au sujet d'obéir à un ordre en 3 temps :	**« Prenez ce papier de la main droite ou gauche, pliez-le en deux et redonnez-le moi ».** ***N.B. :*** *Demander au sujet droitier de prendre de la main gauche et vice versa. Prendre garde de tendre la main; éviter les indices non-verbaux.*	3	( )

Traduction et adaptation française non validées du « Mini-Mental State » de Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mc Hugh, P.R. : « Mini-Mental State : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician ». J. Psychiatr Res. 12 : 189-198, 1975, à partir des travaux du centre de gériatrie Hôpital d'Youville Sherbrooke de Québec.

AH-107 DT (rév. 04-10) **EXAMEN DE FOLSTEIN SUR L'ÉTAT MENTAL** (suite au verso)

EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE (ORL)
NEZ

LE PATIENT ÉTANT ASSIS
INSPECTION – L'ÉTUDIANT INSPECTE
la pyramide osseuse,
la pyramide cartilagineuse (déviation ?),
le lobule (volume) i.e. bout du nez (télangiectasies ? déformation ?),
les ailes du nez,
l'angle naso-labial,
la cavité nasale (avec un éclairage d'appoint + spéculum nasal) :
▪ septum
▪ cornets
▪ aspect de la muqueuse
▪ aspect des sécrétions.
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.
PALPATION – L'ÉTUDIANT PALPE
la pyramide osseuse,
la pyramide cartilagineuse,
le lobule,
les ailes du nez,
l'angle naso-labial.

OREILLES – OTOSCOPIE

INSPECTION – L'étudiant localise et inspecte
l'hélix,
l'anthélix,
le tragus,
l'antitragus,
le lobule,
le méat auditif.
PALPATION – L'étudiant palpe
les apophyses mastoïdes (D et G) à la recherche de douleur,
les pavillons D et G à la recherche de nodules.
OTOSCOPIE
L'étudiant choisit le spéculum approprié et vérifie le jet lumineux,
tient l'otoscope convenablement et avec souplesse d'une main, (N.B. : comme s'il tenait un crayon)
et de l'autre, il tire le pavillon de l'oreille vers le haut et vers l'arrière;
il introduit le spéculum à l'entrée du conduit auditif externe (CAE)
tout en observant prudemment sa progression vers l'intérieur du CAE,
constate la présence de cérumen, s'il y en a,
visualise et décrit le tympan:
▪ en observe sa transparence (présence de cicatrices ?)
▪ identifie les structures : manche du marteau, apophyse latérale, umbo, cône lumineux
▪ recherche du liquide dans l'oreille moyenne;
dessine ce qu'il a observé,
dispose du spéculum de façon appropriée.
L'examen a été effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.

ŒIL

IDENTIFICATION DES STRUCTURES ET INSPECTION
L'étudiant identifie et inspecte
▪ la conjonctive (coloration, rougeur ?),
▪ la sclérotique (coloration, jaunâtre ?),
▪ la cornée (transparence),
▪ les glandes lacrymales (enflées ?),
▪ les points lacrymaux (rougeur ?),
▪ l'iris (forme),
▪ les pupilles (forme, diamètre, symétrie),
▪ les paupières (asymétrie, ptose ?),
▪ la position naturelle des yeux (strabisme ?).
ÉVALUATION DE L'ACUITÉ VISUELLE (nerf crânien II)
L'étudiant utilise une échelle de poche (carte de Snellen) qu'il tient à 30 cm (12 ") des yeux du patient
et lui demande de lire la plus petite ligne qu'il voit correctement.
RÉFLEXE PHOTOMOTEUR (nerf crânien II et III) – L'étudiant
demande au patient de fixer un point en avant au loin et
il dirige un faisceau lumineux, venant de l'arrière, vers l'un des yeux
et observe la réponse de la pupille de l'œil illuminé (réflexe direct) et celle de l'autre œil (réflexe consensuel) (normal = contraction de l'iris).
Il répète la même manœuvre pour l'autre œil.
MOUVEMENTS OCULAIRES (nerfs crâniens III, IV et VI)
L'étudiant se place à une distance d'un bras du patient
et présente son index droit face au nez du patient, à mi-distance entre eux,
il lui demande de suivre ses doigts avec les 2 yeux, sans bouger la tête
dans les 6 directions en dessinant un H dans l'espace.
Il observe les mouvements des 2 yeux dans toutes les directions.
Il sait identifier les muscles déficients selon le ou les mouvements absents.

ŒIL – OPHTALMOSCOPIE[1]

OPHTALMOSCOPIE – L'étudiant
installe le patient pour avoir ses yeux à la même hauteur que ceux du patient,
s'assure de la noirceur ou d'une lumière tamisée dans la pièce,
utilise son œil D et sa main D pour l'œil D du patient et
son œil G et sa main G pour l'œil G du patient,
sélectionne les dioptries appropriées (si le patient sait sa correction),
choisit le faisceau lumineux approprié (souvent le faisceau de dimension moyenne et d'une intensité lumineuse réduite pour le confort du patient),
soutient la paupière D avec son pouce G ou paupière G avec son pouce D,
demande au patient de fixer un point droit devant lui,
place la lentille à « zéro » dioptrie,
garde l'index sur la roulette,
regarde avec l'ophtalmoscope et
d'une distance de 30 à 40 cm,
d'un angle extérieur de 15º,
dirige la lumière sur la pupille (il recherche d'abord le reflet rouge);
il s'approche progressivement de l'œil du patient dans le même angle,
effectue la mise au point sur la rétine, si nécessaire
▪ identifie la papille,
▪ identifie les veines et les artères,
▪ recherche des hémorragies et/ou des exsudats,
▪ recherche des pincements artérioveineux (N.B. : typiques chez les patients hypertendus),
examine les quatre quadrants (nasal et temporal; supérieur et inférieur),
dessine ce qu'il a vu.
L'examen a été effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.

[1] L'ophtalmoscopie devra être effectuée, du moins tentée, pour tout patient rencontré afin de mieux maîtriser cet examen. Cet examen devra être maîtrisé à la fin de MMD 2236.

OREILLES – ACOUMÉTRIE

1) ÉPREUVE DE DÉPISTAGE – L'étudiant
recherche une perte auditive en bouchant une oreille et en chuchotant un mot dans l'autre puis il demande au patient ce qu'il a entendu (nerf crânien VIII)
si présente, localise la baisse ou la perte d'audition (G ? D ? bilatérale ?)
2) ÉPREUVE DE WEBER – L'étudiant
choisit le diapason approprié (512 Hz)
en frappe modérément les branches à la base de la paume de sa main,
puis appuie le manche fermement à l'apex du crâne (ou au centre du front),
demande au patient si le son est perçu plus intensément à G vs à D ou également,
note le résultat : Weber central (= normal)
Weber latéralisé (de quel côté ?) (= anormal).
3) ÉPREUVE DE RINNÉ – L'étudiant
choisit le diapason approprié (512 Hz)
en frappe modérément les branches à la base de la paume de sa main,
appuie le diapason activé sur une mastoïde,
demande au patient de signaler dès qu'il n'entend plus,
déplace le diapason vers le méat auditif du même côté et lui demande s'il entend encore,
porte le diapason à sa propre oreille pour vérifier s'il entend lui aussi;
Répète la même manœuvre pour l'autre oreille
Il note le résultat : Normal = CA > CO (Rinné positif)
Inversé = CA < CO (Rinné négatif)

N.B. : CA = conduction aérienne
CO = conduction osseuse

BOUCHE

L'étudiant utilise un abaisse-langue, un faisceau lumineux et au besoin, un gant.
LES LÈVRES – L'étudiant identifie
l'arc de cupidon,
le vermillon,
les commissures labiales.
LE VESTIBULE ORAL – L'étudiant identifie
la muqueuse des joues,
les sillons gingivo-labiaux,
le frein de la lèvre,
l'ouverture D et G des canaux de Sténon.
L'ARCADE DENTAIRE – L'étudiant
vérifie l'occlusion dentaire,
évalue l'état de la dentition et des gencives.
LA LANGUE ET LE PLANCHER BUCCAL – INSPECTION – L'étudiant
à la recherche de lésions (rougeurs, lignes blanchâtres, masse, etc.)
inspecte la langue et ses papilles gustatives (face supérieure),
demande au patient de relever sa langue (face inférieure : frein de la langue et l'origine des canaux de Wharton D et G),
et de la bouger à gauche, puis à droite (faces latérales),
lui demande de tirer la langue vers l'avant (nerf crânien XII),
examine le plancher buccal en déplaçant la langue vers le haut avec un abaisse-langue,
inspecte le palais, la luette, les amygdales (ou loges amygdaliennes, s'il y a eu une chirurgie antérieure) et le pharynx.
PALPATION – L'étudiant
après avoir mis un gant, palpe les glandes salivaires sous-maxillaires,
insère l'index dans la bouche et place le pouce à l'extérieur sous le maxillaire afin de palper les glandes salivaires sous-maxillaires et les canaux de Wharton D et G;
déprime la langue en appuyant sur la portion antérieure afin d'éviter le réflexe de déglutition (« gag reflex ») (nerfs crânien IX et X).
L'examen buccal est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.

COU
STRUCTURES, TRACHÉE ET CAROTIDES

L'ÉTUDIANT IDENTIFIE
le muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM),
le muscle trapèze,
le triangle antérieur (ligne médiane, mandibule, sterno-cléido-mastoïdien),
le triangle postérieur (trapèze, clavicule, sterno-cléido-mastoïdien),
le cartilage thyroïde,
le cartilage cricoïde,
la veine jugulaire externe (en diagonale par-dessus le SCM),
la veine jugulaire interne (parallèle et sous le SCM),
l'artère carotide (antérieur au SCM),
l'apophyse épineuse de C_7.
L'ÉTUDIANT EXAMINE LA TRACHÉE
Il évalue la position de la trachée
en vérifiant la distance entre la trachée et l'articulation sterno-claviculaire
ou entre la trachée et le sterno-cléido-mastoïdien
de chaque côté.
La distance devrait être identique de chaque côté.
L'ÉTUDIANT EXAMINE LES CAROTIDES
Le patient ayant la tête légèrement tournée vers sa gauche,
avec le diaphragme, il ausculte l'artère carotidienne D sur le trajet de celles-ci à l'intérieur du SCM de haut en bas (en demandant au patient de cesser de respirer pour un court moment)
N.B. : la cupule pourrait être utilisée si on recherche un souffle de basse fréquence
Puis, il palpe le pouls carotidien droit au tiers inférieur du cou, à l'intérieur du sterno-cléido-mastoïdien
et il effectue la même procédure pour le pouls carotidien gauche.
N.B. : on ne palpe jamais les deux carotides en même temps.

ŒIL

CHAMPS VISUELS PAR CONFRONTATION (nerf crânien II)
L'étudiant et le patient sont assis face à face,
les yeux au même niveau et à 1 mètre l'un de l'autre.
TEST DE DÉPISTAGE
CHAMPS TEMPORAUX (évaluation binoculaire)
L'étudiant se place à une distance d'un bras du patient et lui demande de regarder le nez de l'étudiant.
(N.B. : L'étudiant utilise son propre champ visuel comme étant la normale).
L'étudiant étire ses bras de chaque côté et les place à une distance d'un demi-bras, équidistant entre lui et le patient, d'abord en haut
(champ temporal supérieur)
puis il déplace ses doigts en périphérie (ou lui montre 1 ou 2 doigts).
Il demande au patient de lui pointer où il voit bouger (ou le nombre de doigts qu'il voit)
Puis il déplace ses doigts vers le bas pour vérifier le champ inférieur
(champ temporal inférieur)
Et répète la même manœuvre pour les champs nasaux (sup. et inf.)
TEST APPROFONDI
SI PERTINENT (i.e. PERTE D'UNE PORTION DE CHAMP VISUEL ou évaluation binoculaire anormale)
N.B. : Selon le champ visuel atteint du patient, l'étudiant commence avec l'œil atteint (N.B. : La distance est la même que celle décrite ci- haut).
L'étudiant ferme l'œil gauche et le patient couvre son œil droit avec sa main,
Il demande au patient de fixer son œil ouvert sur le nez de l'étudiant, puis il agite l'index
en l'amenant de l'extérieur vers le centre du champ visuel du patient.
Il lui demande de signaler dès qu'il le voit apparaître.
Les 4 quadrants sont évalués (temporal et nasal; supérieur et inférieur)
L'étudiant compare le champ visuel du patient au sien.
La manœuvre est répétée en fermant l'autre œil.

COU – GANGLIONS CERVICAUX

TECHNIQUE GÉNÉRALE – RECHERCHE DE GANGLIONS
L'étudiant se place face au patient qui est assis sur la table d'examen et
il examine les 2 côtés simultanément
avec toute la pulpe de ses 2e, 3e et 4e doigts (et non seulement avec le bout des doigts)
en exerçant une pression ferme,
accompagnée d'un mouvement de rotation / va-et-vient.
S'IL Y A DES ADÉNOPATHIE(S)
Il en décrit précisément
▪ l'emplacement par rapport aux muscles avoisinants,
▪ le nombre,
▪ le volume (diamètre en cm),
▪ la consistance (normale, indurée, lisse ou multinodulaire),
▪ la mobilité (libre ou fixé sur le plan profond),
▪ la sensibilité.
L'ÉTUDIANT RECHERCHE LES GANGLIONS CERVICAUX
▪ occipitaux (sur la protubérance osseuse occipitale D et G),
▪ pré-auriculaires (devant le tragus),
▪ post-auriculaires (sur la mastoïde),
▪ de la chaîne cervicale postérieure (en postérieur au SCM),
▪ de la chaîne cervicale profonde (sous le tiers inférieur du SCM),
▪ de la chaîne cervicale superficielle (au-dessus du SCM, à sa portion supérieure),
▪ amygdaliennes (sous l'angle mandibulaire),
▪ sous-maxillaires (sous la branche horizontale du maxillaire),
▪ sous-mentonnières (sous la portion antérieure et centrale de la mandibule),
▪ susclaviculaires
o en se plaçant derrière le patient,
o il palpe les creux susclaviculaires (D et G) en fin d'inspiration profonde qu'il a demandé au patient.

COU – RACHIS CERVICAL

IDENTIFICATION DES POINTS DE REPÈRE
(patient étant debout ou assis)
L'étudiant identifie
▪ l'apophyse épineuse de C_7 (N.B. : C_6 disparaît en extension),
▪ les autres apophyses épineuses.
INSPECTION DU RACHIS – VISION DE FACE ET DE DOS
L'étudiant recherche une déviation (D ou G) : rotation ou flexion latérale ou position antalgique
INSPECTION DU RACHIS – VISION DE PROFIL
L'étudiant évalue les courbures du rachis cervical (lordose = normale)
PALPATION DU RACHIS
L'étudiant, à la tête du patient qui est en décubitus dorsal, glisse ses deux mains sous la nuque du patient
et il palpe les apophyses épineuses,
puis les muscles paravertébraux
à la recherche de douleur ou de spasme musculaire (cordon musculaire).
MOUVEMENTS – RACHIS CERVICAL – L'étudiant évalue
▪ en prenant soin de bien isoler chaque mouvement,
▪ le patient étant assis sur la table d'examen,
▪ il se place latéralement au patient pour les deux prochains mouvements :
o flexion (il lui demande de baisser son menton vers le sternum),
o extension (faciès du patient sera presque parallèle au plafond);
▪ il se place en postérieur pour les deux prochains mouvements :
o flexion latérale D et G (environ 45º),
o rotation D et G (menton presque au niveau de l'acromion).
Il en connaît l'amplitude normale approximative.
L'examen est d'abord actif (i.e. effectué par le patient seul),
puis passif (effectué par l'étudiant seul) en respectant les limitations (douloureuses ou pas). **(N.B. : attention lors de l'extension)**
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.

GANGLIONS AXILLAIRES

PALPATION DES AISSELLES
Le patient est assis, face à l'étudiant.
L'étudiant met un gant à chaque main.
Il avise le patient que cet examen sera inconfortable.
Puis, de sa main droite, il prend l'avant-bras D du patient
et écarte légèrement le membre supérieur de la paroi thoracique
Il introduit les doigts de sa main G jusqu'au sommet de l'aisselle D,
derrière le muscle pectoral (ligne axillaire antérieure),
puis sur la ligne axillaire médiane
et devant le grand droit dorsal (ligne axillaire postérieure)
où il palpe chaque région en descendant contre la paroi thoracique.
Il effectue l'inverse pour l'aisselle G.
Il pratique cet examen avec le minimum d'inconfort pour le patient.

THORAX ET POUMONS
STRUCTURE, INSPECTION ET PALPATION

L'ÉTUDIANT IDENTIFIE LES POINTS DE REPÈRE
▪ l'angle de Louis,
▪ D_7 (pointe inférieure de l'omoplate),
▪ D_{10},
▪ ligne mid-claviculaire,
▪ ligne axillaire antérieure (postérieure au pectoral),
▪ ligne axillaire postérieure (antérieure au grand dorsal),
▪ ligne scapulaire,
▪ ligne vertébrale,
▪ le 2e espace intercostal D et G (sous l'angle de Louis),
▪ le 5e espace intercostal gauche.
INSPECTION DU THORAX – L'étudiant
décrit la forme du thorax et recherche des asymétries, une déformation et
évalue le diamètre antéro-postérieur (AP).
PALPATION – L'ÉTUDIANT
1) ÉVALUE L'AMPLITUDE DES MOUVEMENTS
en plaçant ses 2 mains à plat sur le dos du patient
les pouces au niveau des deux 10e côtes
et en les ramenant vers la ligne vertébrale de façon à avoir un léger pli cutané soulevé sur cette ligne vertébrale,
il demande au patient de prendre une inspiration profonde,
puis il note l'importance et la symétrie du déplacement des deux pouces.
2) ÉVALUE LA TRANSMISSION DES VIBRATIONS VOCALES
en appuyant le bord cubital de la main ou la face palmaire des articulations métacarpo-phalangiennes sur la paroi thoracique
et en demandant au patient de dire « 33 » (N.B. : « 99 » en anglais).
L'étudiant palpe la paroi postérieure des 2 plages pulmonaires
de haut en bas en contournant les omoplates
jusqu'aux plages latérales (lobe moyen et lingula).

COU – NERF CRÂNIEN

EXAMEN DU NERF SPINAL (ou accessoire) (XI)
L'étudiant demande au patient de hausser les deux épaules,
puis en tentant de s'opposer à ce mouvement, avec ses mains sur les épaules du patient, il les presse vers le bas.
Il évalue la contraction et la force des trapèzes.
Il compare les 2 côtés.
L'étudiant demande au patient de tourner la tête vers un côté
et, de sa main, il oppose une résistance à ce mouvement.
N.B. : le SCM D fait tourner la tête vers la G et vice-versa.
Il évalue la contraction et la force des SCM.
Il compare les 2 côtés.

COU – THYROÏDE

INSPECTION
L'étudiant identifie
• le cartilage thyroïdien,
• le cartilage cricoïdien.
Puis, il donne un verre d'eau au patient
et se place devant celui-ci.
Il inspecte la région cervicale antérieure
en lui demandant de placer son cou en légère extension
et de déglutir la gorgée d'eau.
Si possible, il éclaire le cou de façon tangentielle, ce qui améliorera l'inspection à la recherche d'un goitre.
PALPATION
Puis il se place derrière le patient,
et lui demande de placer son cou en légère flexion.
Il place ses 2 mains autour du cou du patient
et localise le cartilage cricoïde (sous le cartilage thyroïde)
puis l'isthme de la thyroïde situé juste en dessous du cartilage cricoïde.
Avec les doigts de la main gauche, il pousse la trachée vers la droite
et avec les doigts de la main droite, il palpe le lobe latéral droit
en demandant au patient de déglutir après avoir pris une gorgée d'eau.
Il répète la manœuvre inverse pour le lobe gauche.
Il décrit son observation,
ayant vérifié s'il y a une augmentation du volume thyroïdien (goitre),
ayant vérifié s'il y a la présence de nodules, il en décrit les caractéristiques;
il caractérise la consistance du tissu thyroïdien (normale, indurée, multinodulaire)
S'il a perçu un goitre, il écoute au-dessus de chaque lobe thyroïdien à la recherche d'un souffle.

THORAX ET POUMONS
PERCUSSION ET AUSCULTATION

PERCUSSION
LA TECHNIQUE DE PERCUSSION
L'étudiant place le 3e doigt de la main G parallèlement aux côtes,
fermement appuyé dans un espace intercostal,
et avec l'extrémité du 3e doigt D, d'un mouvement sec du poignet,
il frappe la phalange distale ou moyenne du 3e doigt G
et évalue le son ainsi produit (normal = sonorité).
N.B. : seul le 3e doigt G touche à la paroi thoracique.
PERCUSSION DU THORAX – Le patient est assis.
L'étudiant percute la paroi thoracique postérieure directement sur la peau et ce, de façon audible
systématiquement de haut en bas,
d'un côté à l'autre, en les comparant,
en contournant les omoplates jusqu'aux plages latérales (lobe moyen et lingula)
Il percute la paroi thoracique antérieure de la même façon en contournant la région cardiaque.
AUSCULTATION
L'étudiant utilise le diaphragme du stéthoscope et
demande au patient de respirer lentement et amplement par la bouche sans faire de bruit laryngé;
il ausculte la paroi postérieure directement sur la peau
et la paroi antérieure du thorax
systématiquement de haut en bas d'un côté à l'autre en les comparant
en contournant les omoplates et le cœur jusqu'aux plages latérales (lobe moyen et lingula)
et constate les bruits pulmonaires (vésiculaire, broncho-vésiculaire et bronchique)
puis recherche les bruits ajoutés (râles, ronchis, sibilances, frottement).

MEMBRES SUPÉRIEURS
INSPECTION, FORCE ET POULS

L'ÉTUDIANT INSPECTE LES MEMBRES SUPÉRIEURS
à la recherche d'atrophie musculaire, d'asymétrie, de cicatrices, etc.,
à la recherche d'une position antalgique, de mouvements spontanés,
à la recherche de signes inflammatoires (œdème, rougeur, chaleur).
PALPATION DES POULS – L'étudiant
Palpe le **POULS RADIAL** à la partie externe de la face antérieure distale des avant-bras.
Palpe le **POULS HUMÉRAL (brachial)** en fléchissant légèrement le coude du patient et en le supportant d'une main, puis il pose la pulpe des 2e et 3e doigts de son autre main, juste à l'intérieur du tendon du biceps.
L'étudiant cote les pouls (0 à 3+, **2+ = normal**) (cf. Bates' 11e éd. p. 500; 12e éd. p. 522)
EXAMEN DE DÉPISTAGE DE LA FORCE DU MEMBRE SUPÉRIEUR
Voir examen neurologique (cf. p. 55)
RÉFLEXES OSTÉO-TENDINEUX
Voir examen neurologique (cf. p. 57)

SEIN
INSPECTION

L'étudiant
explique d'abord à la patiente ce qu'il s'apprête à faire,
s'informe si elle effectue régulièrement son auto-examen des seins,
s'informe auprès d'elle si elle a noté quelque chose de particulier lors de cet auto-examen des seins, le cas échéant.
INSPECTION – L'étudiant
demande à la patiente de découvrir sa poitrine et de garder les bras le long de son corps.
Il observe et explique à la patiente ce qu'il regarde
▪ la forme des seins,
▪ le contour des seins,
▪ la forme des mamelons,
▪ à la recherche de toute asymétrie et en vérifiant avec la patiente si cette asymétrie est nouvelle, le cas échéant.
Il mentionne à la patiente ce qu'elle doit observer spécifiquement lorsqu'elle inspecte ses seins lors de son auto-examen des seins.
Puis il demande à la patiente de placer ses mains sur ses hanches puis d'exercer une pression vers ses hanches.
Il recherche une zone de rétraction.
Il demande à la patiente de lever ses bras au-dessus de sa tête
et il recherche une zone de rétraction.

À PARTIR DE CE MOMENT-CI,
LE PATIENT EST EN DÉCUBITUS DORSAL,
SAUF AVIS DIFFÉRENT

COU
POULS VEINEUX JUGULAIRE

FORME DE L'ONDE JUGULAIRE DROITE
Le patient est en **décubitus dorsa**l, sans oreiller, son tronc faisant un angle de 30° avec l'horizontale, sa tête étant légèrement tournée vers sa G et vers le bas.
L'étudiant, étant à sa droite, pose sa main D tenant une lampe torche sur le sternum du patient et éclaire tangentiellement le côté D du cou.
D'abord au-dessus de la clavicule, juste latéral au sterno-cléido-mastoïdien,
il recherche le sommet des ondes
en observant les ombres des pulsations veineuses sur le drap derrière le patient.
PRESSION VEINEUSE JUGULAIRE
Le patient étant en décubitus dorsal, (tête de lit à 30°),
l'étudiant détermine le sommet des ondes des pulsations veineuses jugulaires,
puis il trace une ligne horizontale imaginaire de ce sommet jusqu'à l'angle sternal (angle de Louis).
Il mesure alors la distance entre cette ligne et l'angle sternal.
L'étudiant connaît la limite supérieure de la normale pour ces deux élévations (3 à 4 cm à 30°).

ABDOMEN
POINTS DE REPÈRE, AUSCULTATION ET PERCUSSION

IDENTIFICATION DES POINTS DE REPÈRE – L'étudiant
divise l'abdomen en 9 régions ou en 4 quadrants,
(cf. Bates' 11e éd. p. 434; 12e éd. p. 450)
nomme chacune d'entre elles,
en indique les limites sur le patient;
puis il inspecte l'abdomen (apparence, volume, cicatrices, ombilic).

AUSCULTATION DE L'ABDOMEN
L'étudiant écoute les bruits intestinaux (péristaltisme) en auscultant dans la région péri-ombilicale et dans toutes les régions.
AUSCULTATION DE L'AORTE
L'étudiant ausculte la région épigastrique et sus-ombilicale à la recherche d'un souffle.
AUSCULTATION DES ARTÈRES RÉNALES
L'étudiant ausculte de 2 à 5 cm en dehors de la ligne médiane à D et à G
à 5 cm environ au-dessus de l'ombilic à la recherche d'un souffle.
AUSCULTATION DES ARTÈRES FÉMORALES
L'étudiant ausculte sous le ligament inguinal (arcade crurale)
à mi-chemin entre la symphyse pubienne et l'épine iliaque antérosupérieure.

PERCUSSION GÉNÉRALE DE L'ABDOMEN
L'étudiant percute systématiquement toutes les régions
et évalue les sons produits, à la recherche d'une matité (ou submatité) inhabituelle. (normal = tympanisme)

RECHERCHE D'HERNIES

INSPECTION DE LA RÉGION INGUINALE ET FÉMORALE
Le patient étant debout.
L'étudiant inspecte
▪ à la recherche d'une voussure au repos,
▪ puis en demandant au patient de tousser ou d'effectuer une manœuvre de Valsalva (expiration bloquée).
PALPATION DE LA RÉGION INGUINALE
L'étudiant met des gants.
Si une voussure est présente au repos, il vérifie délicatement si elle est douloureuse à la palpation et si elle est réductible. (N.B. : Cette tentative de réduction s'effectue habituellement en position couchée.)
Puis, il palpe la région inguinale D du patient avec sa main D et inversement pour le côté G.
Il invagine la peau du scrotum avec l'index
pour palper l'anneau inguinal externe/superficiel (supéro-externe au tubercule pubien).
Si possible, il remonte dans le canal inguinal avec son index jusqu'à l'anneau inguinal interne/profond,
puis il demande au patient d'effectuer un Valsalva ou de tousser.
Il note si une voussure vient toucher son index (= signe d'une hernie indirecte).
PALPATION DE LA RÉGION FÉMORALE
L'étudiant place ses doigts au niveau du canal fémoral (interne à la veine fémorale sous le ligament inguinal).
Il demande au patient d'effectuer une manœuvre de Valsalva ou de tousser,
Il note si une voussure apparaît (= signe d'une hernie fémorale).

CŒUR

LOCALISATION DU CHOC APEXIEN
Le patient est torse nu.
L'étudiant se tient à sa droite
et recherche le choc apexien
(N.B. : le patient peut être assis aussi, au besoin)
en palpant du bout des doigts (index ou majeur)
dans le 5e espace intercostal gauche près de la ligne mid-claviculaire.
AUSCULTATION – L'étudiant
Localise les foyers d'auscultation (Bates' 11e éd. p. 377; 12e éd. p. 390)
▪ foyer **aortique :** 2e espace intercostal D – sous l'angle de Louis
▪ foyer **pulmonaire** : 2e espace intercostal G – sous l'angle de Louis
▪ foyer **mitral** : 4e ou 5e espace intercostal G – juste à l'intérieur de la ligne mid-claviculaire
▪ foyer **tricuspidien** (bord inférieur G du sternum)
Puis il ausculte ces 4 foyers
et les foyers intermédiaires
avec le diaphragme
alors que le patient est en décubitus dorsal.
Il identifie B_1 et B_2 (en palpant simultanément le pouls carotidien ou radial)
et reconnaît le dédoublement physiologique de B_2 (selon la respiration).
Il recherche un B_3 et un B_4 (plus audibles avec la cupule)
et un souffle.
S'il y a un souffle, il en identifie le site, l'intensité, la position dans le cycle cardiaque (systolique ou diastolique) et l'irradiation.
Il ausculte aussi l'aorte et les artères rénales et l'abdomen (cf. p. 41)
Il demande au patient de se coucher en décubitus latéral gauche et recherche un B_3 ou B_4.
Il demande au patient de s'asseoir, penché vers l'avant, lui demandant d'expirer complètement et d'arrêter d'expirer à la recherche d'un souffle aortique.

SEIN
PALPATION

PALPATION (POSITION ASSISE) – L'étudiant
demande à la patiente de garder les bras le long de son corps,
informe la patiente sur tout ce qu'il examine tout au long de l'examen,
examine les ganglions susclaviculaires en faisant relever les épaules et prendre une inspiration profonde pour mieux les palper (cf. p. 29),
glisse avec précaution ses doigts profondément sous les aisselles à la recherche de ganglions axillaires (après avoir mis un gant qu'il enlèvera par la suite) (cf. p.33),
palpe le sein de façon systématique avec un mouvement de rotation de la pulpe des 2e et 3e doigts,
examine d'abord la partie supérieure du sein,
exerce une pression légère, puis plus profonde,
déplace sa main d'un travers de doigt entre chaque rotation,
sans oublier de région (de haut en bas ou de façon radiaire dans les 4 quadrants);
il recherche une masse ou une induration.
Il termine en mettant une main sur le dessus du sein (face supérieure) et l'autre sous le sein (face inférieure),
effectue un mouvement de rotation avec la main du dessus,
en examinant tout le sein.
Puis il demande à la patiente de se coucher sur le dos pour la suite de l'examen.
PALPATION (POSITION COUCHÉE) – L'étudiant
demande à la patiente de placer sa main du côté du sein examiné derrière sa tête,
informe la patiente sur ce qu'il examine tout au long de l'examen,
palpe le sein avec un mouvement de rotation de la pulpe des 2e et 3e doigts,
effectue d'abord une pression légère, puis profonde,
déplace sa main d'un travers de doigt entre chaque rotation,
examine en profondeur sous le mamelon,
examine le quadrant supéro-externe (vers aisselle);
il recherche une masse ou une induration.
Il spécifie que l'examen est terminé et que la patiente peut se couvrir.
Il conclut en expliquant ce qu'il a constaté.

FOIE

PERCUSSION DU FOIE – L'étudiant
percute d'abord le foie de bas en haut,
sur la ligne mid-claviculaire droite,
en commençant en bas du niveau de l'ombilic (où il y a du tympanisme)
en remontant jusqu'à l'apparition d'une submatité (bord inférieur du foie).
Puis il reprend la percussion au niveau de la partie moyenne du thorax (sonorité)
en descendant jusqu'à l'apparition d'une submatité (bord supérieur du foie).
Il mesure la distance entre le bord supérieur et le bord inférieur
et il connaît la dimension normale du foie (6 à 12 cm en mid-claviculaire).
PALPATION DU FOIE – L'étudiant
place la main G sous les 11e et 12e côtes D du patient,
place la main D dans la fosse iliaque D (latéralement par rapport au grand droit) avec les doigts pointés vers le haut (ou oblique) sur la ligne mid-claviculaire
de façon synchrone avec la fin d'une inspiration profonde, il soulève la main G et presse avec respect, mais avec une certaine fermeté, la main D vers l'arrière et vers le haut
répète la même manœuvre en approchant à chaque fois un peu plus la main D de l'hypocondre;
il délimite le contour du foie jusqu'à son lobe G (si possible),
vérifie constamment si la palpation est douloureuse et
décrit ce qu'il palpe (bord lisse et régulier ou nodulaire).

N.B. :
Matité (« flat ») = son entendu lorsqu'on percute sur la cuisse
Submatité (« dull ») = son entendu lorsqu'on percute sur le foie, la rate, une vessie pleine
Sonorité (« resonant ») = son entendu lorsqu'on percute des poumons normaux
Hypersonorité (« hyperresonant ») = son habituellement non entendu sauf lors d'un pneumothorax ou d'une MPOC
Tympanisme (« tympanitic ») = son entendu lorsqu'on percute l'abdomen

Selon Bates' 11e éd. p. 310; 12e p. 323

ABDOMEN – PALPATION

PALPATION DE L'ABDOMEN
Patient en décubitus dorsal (N.B. : faire fléchir les genoux est parfois utile.)
les bras sont le long de son corps,
l'abdomen est complètement dénudé et
l'étudiant se place à sa droite.
PALPATION SUPERFICIELLE – L'étudiant palpe
toutes les régions,
en déprimant légèrement la paroi
avec le plat de la main droite (surtout les bouts des 2e, 3e et 4e doigts)
À la recherche de la présence d'une douleur, d'une défense ou d'une masse.
PALPATION PROFONDE – L'étudiant palpe
en déprimant plus profondément la paroi,
tout en avertissant le patient et en surveillant sa réaction,
avec le plat de la main D (surtout les bouts des 2e, 3e et 4e doigts); la main G est par-dessus
en faisant un mouvement de rotation / va-et-vient dans toutes les régions
à la recherche de la présence d'une douleur, d'une défense ou d'une masse.

AORTE

PALPATION DE L'AORTE – L'étudiant palpe l'aorte
▪ assez profondément tout en restant confortable pour le patient
▪ au-dessus de l'ombilic, légèrement à la gauche de la ligne médiane
▪ de part et d'autre de l'aorte avec la pulpe de ses mains.
Il en mesure le diamètre approximatif en identifiant la limite de la pulsation de chaque côté
et en utilisant un galon à mesurer (normal = de 2,5 à 3,0 cm).

GANGLIONS INGUINAUX

PALPATION DES GANGLIONS INGUINAUX
L'étudiant localise l'arcade crurale (ligament inguinal)
et palpe immédiatement sous l'arcade (= groupe horizontal)
et verticalement sous le centre de l'arcade (5 cm) (= groupe vertical).

RATE

PERCUSSION DE LA RATE – EN DÉCUBITUS DORSAL
N.B. : L'étudiant doit savoir utiliser les deux techniques.
PREMIÈRE TECHNIQUE
L'étudiant percute à partir de la ligne axillaire antérieure gauche,
au niveau de la portion inférieure de la cage thoracique,
en descendant vers le dos (en postérieur) à la recherche d'une submatité.
Il recherche plus attentivement au niveau des 10e et 11e côtes.
DEUXIÈME TECHNIQUE (signe de percussion splénique)
L'étudiant percute au dernier espace intercostal de la ligne axillaire antérieure gauche.
Il demande au patient de prendre une grande inspiration et percute de nouveau au même endroit.
Il recherche l'apparition d'une submatité à cet endroit.

REIN

PALPATION DU REIN GAUCHE – L'étudiant
se place à la gauche du patient.
Il place sa main D sous le patient en bas de la 12e côte G, le bout des doigts dans l'angle costo-vertébral,
place la main G sous le rebord costal G parallèlement et latéralement au grand droit abdominal,
et demande au patient de prendre une inspiration profonde.
À la fin de l'inspiration, il presse avec fermeté, mais en veillant à ne pas blesser le patient, dans le cadran supérieur G et tente de « capturer » le rein entre ses deux mains.
Puis il demande au patient d'expirer et d'arrêter de respirer
et il relâche sa pression de la main G afin de sentir le rein glisser vers le haut dans sa position normale. (N.B. : le rein G est rarement palpable)
PALPATION DU REIN DROIT – L'étudiant
retourne à la droite du patient
place la main G sous le patient en bas de la 12e côte D
place la main D en avant sous le rebord costal parallèlement et latéralement au grand droit abdominal.
Il procède de la même façon que pour le rein G (N.B. : le rein D pourrait être palpable) **N.B. : L'examen de la capture du rein est rarement effectuée car peu sensible et inconfortable pour le patient.**
ÉVALUATION DE LA SENSIBILITÉ DES LOGES RÉNALES
L'étudiant place sa main G à plat dans l'angle costo-vertébral D puis G.
Il avise le patient qu'il lui donnera un coup dans le dos
et frappe ***modérément*** sa main avec la face cubitale de son poing D,
à la recherche d'une douleur élicitée par cette manœuvre (si oui = « punch rénal » positif).
La palpation des loges rénales est effectuée avec un minimum d'inconfort pour le patient.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE

L'ÉTUDIANT VÉRIFIE :
LE COMPORTEMENT (ce qui complètera l'apparence générale)
Allure générale (négligé, maladif, tenue vestimentaire, etc.)
Niveau d'activité (agité, calme)
Langage (aphasie, mutisme, etc.)
Attitude (dramatisation, minimisation, négativisme, non acceptation, rigidité, etc.)
Degré de coopération (coopérant, hostile, etc.)
Fiabilité apparente (cohérence, etc.)
L'AFFECT ET L'HUMEUR
identifie l'**humeur prédominante** lors de la rencontre : anxiété, dépression, culpabilité, agressivité, euphorie;
la décrit brièvement (intensité, modulation en cours d'entrevue).
LA PENSÉE
cours (accéléré, ralenti, incohérent, etc.)
forme (normale, circonstancielle, tangentielle, magique, néologisme, etc.)
contenu (obsessions, délires, idées suicidaires, etc.)

SUITE À CE QUI PRÉCÈDE, <u>ET SELON LA PERTINENCE</u>, ON AJOUTERA LES OBSERVATIONS SUIVANTES
L'ÉTUDIANT VÉRIFIE LES FONCTIONS COGNITIVES
sensorium : vigilant, somnolent, obnubilé, stuporeux, comateux
orientation : lieu, temps, personne
mémoire : à court terme (Mini-mental) et à long terme (avec une tierce personne)
attention : distractibilité pendant la rencontre, rétention mnésique
abstraction : signification d'un proverbe
intelligence : appréciation sommaire
jugement : appréciation sommaire
L'ÉTUDIANT ÉVALUE LE RÉSEAU SOCIAL DE SOUTIEN (anamnèse)
existence et solidité des liens interpersonnels : isolement, retrait, ostracisme
L'ÉTUDIANT ÉVALUE LES MODALITÉS PERCEPTUELLES
illusions ou hallucinations

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
NERFS CRÂNIENS (suite)

NERF TRIJUMEAU (V) (suite)
FONCTION SENSITIVE : TACT SUPERFICIEL – L'étudiant
utilise un coton ouaté ou un mouchoir,
demande au patient de fermer les yeux
et d'indiquer à chaque fois qu'il est touché et où il est touché;
il touche d'un côté et de l'autre :
▪ région latérale du front, au-dessus de l'œil (branche ophtalmique V_1)
▪ région malaire (branche maxillaire supérieure V_2)
▪ région latérale du menton, sous la commissure labiale (branche maxillaire inférieure V_3).
Il varie le rythme de son examen.
Il compare la sensibilité des 2 côtés.
FONCTION SENSITIVE : LE RÉFLEXE CORNÉEN – L'étudiant
place sa main avec un mouchoir sur un côté du patient
et lui demande de regarder vers le côté opposé.
Il touche délicatement la cornée **(N.B. : Nous ne l'effectuons pas habituellement chez un patient éveillé.)**
et observe la réaction (fermeture de la paupière, dépendante du VII).
Il effectue la manœuvre de l'autre côté.
NERF FACIAL (VII) – L'étudiant
inspecte le visage (asymétrie spontanée ?),
demande au patient
▪ de plisser le front (vers le haut),
▪ de froncer les sourcils,
▪ d'effectuer un sourire volontaire,
▪ de gonfler les joues,
▪ de garder les yeux fermés sans résistance, puis contre résistance;
en démontrant pour chaque mouvement ce qu'il attend du patient.

MEMBRES INFÉRIEURS
INSPECTION, POULS ET RÉFLEXES OSTÉO-TENDINEUX

N.B. : LE PATIENT EST EN DÉCUBITUS DORSAL, PUIS ASSIS PUIS DEBOUT

LE PATIENT ÉTANT EN DÉCUBITUS DORSAL
L'ÉTUDIANT INSPECTE LES MEMBRES INFÉRIEURS
à la recherche d'atrophie musculaire, d'asymétrie, d'œdème;
à la recherche d'une position antalgique, de mouvements spontanés;
à la recherche de signes inflammatoires.
PALPATION DES POULS – L'étudiant palpe : N.B. : Cotation : de 0 à 3+; **2+ = normal** (cf. Bates' 11e p. 500; 12e p. 522)
le **POULS FÉMORAL** sous le ligament inguinal (arcade crurale) à mi-chemin entre la symphyse pubienne et l'épine iliaque antérosupérieure;
le **POULS POPLITÉ** en maintenant légèrement fléchi le genou du patient, puis en appuyant assez fermement dans le creux poplité avec le bout des 2e, 3e et 4e doigts des deux mains, celles-ci se rejoignant sur la ligne médiane;
le **POULS PÉDIEUX** sur la face dorsale du pied juste à l'extérieur du tendon de l'extenseur du gros orteil ou un peu plus en externe;
le **POULS TIBIAL POSTÉRIEUR** légèrement en postérieur et en dessous de la malléole interne.
LE PATIENT ÉTANT EN DÉCUBITUS DORSAL OU ASSIS
RÉFLEXES OSTÉOTENDINEUX
Voir examen neurologique (p. 57 et 58)
FORCE MUSCULAIRE DES MEMBRES INFÉRIEURS
Voir examen neurologique (cf. p. 53 à 56)
LE PATIENT ÉTANT DEBOUT
DÉMARCHE
Voir examen neurologique (cf. p. 54)

RATE

PALPATION DE LA RATE – EN DÉCUBITUS DORSAL
Le patient est couché en décubitus dorsal, les bras le long de son corps,
son abdomen est dénudé.
L'étudiant se place à sa droite.
Il place sa main D d'abord sous le niveau de l'ombilic dans la fosse iliaque G
et avec sa main G, il soulève et attire vers lui la portion inférieure de l'hémithorax G.
Il demande au patient d'inspirer profondément
et, **de façon synchrone avec la fin de l'inspiration,** simultanément de la main D, il déprime la paroi abdominale en remontant vers le rebord costal G.
Il répète le même mouvement en se rapprochant progressivement du rebord costal G.
Il délimite le bord inférieur (s'il y a lieu) et en mesure la distance sous le rebord costal.
EN DÉCUBITUS LATÉRAL DROIT
Le patient est en décubitus latéral droit, hanches et genoux fléchis.
L'étudiant pose la main G sur la portion inférieure de l'hémithorax G
et de la main D,
en demandant une inspiration profonde,
il palpe vers l'hypocondre G
▪ en débutant dans la fosse iliaque G
▪ puis se rapprochant du rebord costal G
▪ **de façon synchrone avec la fin d'une inspiration profonde**.
Il délimite le bord inférieur (s'il y a lieu) et en mesure la distance sous le rebord costal.

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
NERFS CRÂNIENS (suite)

NERF AUDITIF (VIII) – L'étudiant
recherche une perte auditive en bouchant une oreille et en chuchotant un mot dans l'autre et en lui demandant ce qu'il a entendu
effectue l'épreuve de Rinné (cf. p. 24)
effectue l'épreuve de Weber (cf. p. 24).
NERFS GLOSSO-PHARYNGIEN (IX) ET VAGUE (X) – L'étudiant
touche avec un abaisse-langue
le tiers postérieur de la langue (ou la paroi postérieure du pharynx) à la recherche du réflexe pharyngé (« gag reflex »), **N.B. : Nous n'effectuons habituellement pas ceci jusqu'à l'obtention du réflexe.**
demande au patient de dire « Aaahhh » et
observe le soulèvement du voile du palais (symétrie ?).
NERF SPINAL (ou accessoire) (XI) – L'étudiant
demande au patient de hausser et de maintenir les épaules soulevées,
et il s'oppose à ce mouvement avec ses mains sur les épaules du patient.
Il évalue la contraction et la force des trapèzes.
Il compare les 2 côtés.
L'étudiant demande au patient de tourner la tête vers un côté
et, de sa main, il oppose une résistance à ce mouvement.
Il évalue la contraction et la force des sterno-cléido-mastoïdiens (SCM).
Le SCM D permet de tourner la tête vers la G et vice versa.
Il compare les 2 côtés.
NERF GRAND HYPOGLOSSE (XII) – L'étudiant
observe la langue au repos à plat dans la bouche à la recherche d'atrophie ou de fasciculations et
demande au patient de tirer la langue vers l'avant,
à la recherche d'une déviation vers le côté atteint. **(N.B. : le nerf G innerve l'hémilangue G, qui pousse la langue vers la D (et vice-versa).**
Puis il demande de bouger la langue de G à D à l'extérieur de la bouche.

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
FONCTIONS MENTALES SUPÉRIEURES
NERFS CRÂNIENS

N.B. : LES FONCTIONS MENTALES SUPÉRIEURES SONT ÉVALUÉES SOMMAIREMENT PAR LE MINI-MENTAL DE FOLSTEIN (cf. pp. 18 et 19)

NERF OPTIQUE (II)
L'étudiant vérifie l'acuité visuelle (carte de Snellen) (cf. p. 25),
les champs visuels par confrontation (cf. p. 26),
les fundi par ophtalmoscopie (cf. p. 27).
NERF MOTEUR OCULAIRE COMMUN (III) (avec participation du IIe)
L'étudiant évalue le diamètre et la forme des pupilles.
Il évalue le réflexe photomoteur direct (cf. p 25) des 2 côtés
et sa consensualité.
Il évalue le réflexe d'accommodation-convergence (= myosis en vision de près).
NERFS III, IV ET VI – MOUVEMENTS OCULAIRES
L'étudiant demande au patient de suivre un objet ou ses doigts avec les 2 yeux sans bouger sa tête,
dans les 6 directions en H (cf. p. 25).
Il sait que le nerf IV permet le regard en nasal inférieur,
le nerf VI en externe,
et le nerf III, les autres directions.
Il vérifie la convergence.
NERF TRIJUMEAU (V)
FONCTION MOTRICE
L'étudiant palpe la région des masséters et des muscles temporaux de chaque côté
puis il demande au patient de serrer les dents.
Il compare la force (tonus de contraction) des 2 côtés.

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
FONCTION MOTRICE

ASPECTS GÉNÉRAUX DE L'ÉVALUATION MOTRICE – L'étudiant
observe le patient à la recherche de
▪ mouvements involontaires des membres ou de la tête,
▪ positions anormales (antalgique ?),
▪ anomalies du volume musculaire (atrophie / hypertrophie ?);
il observe la démarche (cf. p. 54).
vérifie le tonus musculaire (spasticité, flaccidité, voir ci-dessous),
évalue la force musculaire (cf. grille des examens de dépistage et grilles pour les forces segmentaires aux pp. 55 et 56),
évalue la coordination (cf. fonction cérébelleuse aux pp. 62 à 64),
met en évidence les réflexes (cf. réflexes ostéotendineux aux pp. 57 et 58).
ÉVALUATION DU TONUS MUSCULAIRE (MOBILISATION PASSIVE)
L'étudiant demande au patient de se relâcher.
D'une main, il soutient le membre
et de l'autre, il effectue alternativement la flexion et l'extension de chaque articulation de façon répétée,
à la recherche d'une résistance à l'étirement ou d'une irrégularité du mouvement (par ex. roue dentée aux membres supérieurs).
Il effectue l'examen aux membres supérieurs, puis aux membres inférieurs.
Il compare les 2 côtés (cf. la technique sur la vidéo de l'ENA).
ÉVALUATION DE LA SPASTICITÉ / FLACCIDITÉ – L'étudiant
recherche une limitation ou une résistance de la supination lors de la supination rapide de l'avant-bras,
évalue la fluidité de la flexion / extension du coude et du genou (cf. la technique sur la vidéo de l'ENA).

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
FONCTION MOTRICE (suite)

EXAMEN DE DÉPISTAGE (FORCE DES MEMBRES SUPÉRIEURS)
ÉPREUVE DES PRONATEURS : L'étudiant demande au patient
▪ d'étendre les bras devant lui, les paumes vers le haut
▪ de fermer les yeux
▪ de maintenir cette position pendant 30 secondes.
N.B. : Une **faiblesse centrale** (par atteinte du motoneurone supérieur) se manifeste d'abord par une faiblesse de l'extension des doigts et de la paume, et par une pronation du bras.
ÉPREUVE DE BARRÉ : L'étudiant demande au patient
▪ d'étendre ses bras en pronation, poignets en dorsiflexion, doigts en extension et abduction forcée,
▪ de fermer les yeux,
▪ de maintenir cette position au moins 30 secondes.
N.B. : Une **faiblesse centrale** (par **atteinte du motoneurone supérieur**) se manifeste par une perte de l'abduction des doigts, de l'extension des poignets ou une chute de la main.
N.B. : Une **faiblesse proximale** (par **atteinte musculaire** et non par une atteinte du SNC) se manifeste par une chute uniquement au niveau de l'épaule.

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
RÉFLEXES OSTÉOTENDINEUX

TECHNIQUE GÉNÉRALE – L'étudiant
manipule correctement le marteau (i.e. mouvement sec du poignet semblable à la technique de la percussion thoracique ou abdominale),
utilise les manœuvres de renforcement, si nécessaire,
évalue quantitativement les réflexes (de 0 à 4; **2 = normal**) (cf. Bates' 11e éd. p. 725; 12e éd. p. 758),
compare immédiatement D vs G.
ÉVALUATION SPÉCIFIQUE : RÉFLEXES AU MEMBRE SUPÉRIEUR
RÉFLEXE BICIPITAL (C_5)
Le membre supérieur du patient est relâché.
Son coude est en demi-flexion et l'avant-bras est en pronation,
l'étudiant prend le coude du patient dans sa main et place fermement son pouce sur le tendon du biceps;
de l'autre main, il frappe son pouce avec le marteau
et il décrit l'effet observé(contraction du biceps = flexion au niveau du coude).
RÉFLEXE STYLO-RADIAL (BRACHIO-RADIALIS) (C_6)
Le membre supérieur du patient est relâché sur sa cuisse.
Son coude est en demi-flexion, l'avant-bras en pronation,
l'étudiant frappe sur le tendon du brachio-radialis (1/3 distal externe du radius)
avec la portion large du marteau
et observe la réaction (légère flexion du coude + légère supination).
RÉFLEXE TRICIPITAL (C_7)
Le membre supérieur du patient est relâché
et le coude est en demi-flexion,
l'étudiant supporte le bras d'une main avec un angle de 90° par rapport à l'épaule
et de l'autre, il frappe directement sur le tendon du triceps (5 cm proximalement à l'olécrâne)
Il décrit l'effet observé (contraction du triceps = extension du coude).

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
FONCTION SENSITIVE

EXAMEN DES MODALITÉS SENSITIVES PRIMAIRES
N.B. : L'examen variera selon la lésion recherchée. Si on soupçonne : ▪ une **<u>atteinte hémisphérique</u>**, on compare l'hémicorps D par rapport à l'hémicorps G; ▪ une **<u>lésion de la moelle</u>**, on cherche un niveau sensitif; ▪ une **<u>atteinte radiculaire</u>**, on cherche selon un dermatome; ▪ une **<u>atteinte d'un nerf périphérique</u>**, on cherche selon le territoire spécifique du nerf.
1. SENSIBILITÉ TACTILE SUPERFICIELLE – L'étudiant
utilise un coton ouaté ou un papier mouchoir
demande au patient de fermer les yeux
et d'indiquer à chaque fois qu'il est touché et où il est touché;
il touche les doigts des 2 mains : Ier doigt (**C_6**), IIIe (**C_7**), V^e (**C_8**);
les orteils des 2 pieds : Ier orteil (**L_5**), face plantaire (**S_1**)
et la face antérieure interne de la jambe (**L_4**).
Il varie le rythme de son examen.
Il compare la sensibilité des 2 côtés (points symétriques).
2. SENSIBILITÉ DOULOUREUSE – L'étudiant
utilise un trombone,
et démontre au préalable et avec prudence, la sensation pointue et la sensation mousse;
il demande au patient de fermer les yeux
et d'indiquer ce qu'il ressent (pointue ou mousse;).
Il touche les doigts des 2 mains : Ier doigt (**C_6**), IIIe (**C_7**), V^e (**C_8**);
les orteils des 2 pieds : Ier orteil (**L_5**), face plantaire (**S_1**)
et la face antérieure interne de la jambe (**L_4**),
en utilisant de façon imprévisible,
tantôt l'extrémité pointue du trombone,
tantôt son extrémité mousse.
Il compare la sensibilité des 2 côtés en des points symétriques.

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
FONCTION MOTRICE (suite)

ÉVALUATION DE LA FORCE SEGMENTAIRE : MEMBRES SUPÉRIEURS
L'étudiant sait comment coter la force (de 0 à 5). (cf. Bates' 11[e] éd. p. 710; 12[e] éd. p. 743)
LE PATIENT EST ASSIS
L'étudiant évalue contre résistance (voir les techniques sur la vidéo de l'ENA).
L'étudiant demande au patient de lever les bras en abduction jusqu'à un angle de 90° avec le thorax de les maintenir ainsi contre une résistance exercée par l'étudiant – **deltoïde (C_5)**
flexion du coude – **biceps (C_6)**
extension du coude – **triceps (C_7)**
extension du poignet – **extenseurs du poignet (C_6)**
flexion du poignet – **fléchisseurs du poignet (C_7)**
abduction des doigts – **interosseux / lombricaux (T_1) :**
Le patient écarte les doigts et l'étudiant tente de les rapprocher.
adduction des doigts – **fléchisseurs des doigts (C_8) :**
Le patient serre les 2[e] et 3[e] doigts de l'étudiant dans sa main.
opposition du pouce – **fléchisseur du pouce (C_8) :**
Le patient tente de maintenir la base de son auriculaire contre son pouce malgré une résistance effectuée par l'étudiant.
ÉVALUATION DE LA FORCE SEGMENTAIRE : MEMBRES INFÉRIEURS
LE PATIENT EN DÉCUBITUS DORSAL OU ASSIS – L'étudiant évalue
flexion de la hanche contre résistance – **ilio-psoas (L_{2-3})**
abduction de la hanche contre résistance – **moyen fessier (L_5)**
adduction de la hanche contre résistance – **long adducteur (L_{2-3-4})**
extension du genou contre résistance – **quadriceps (L_{3-4})**
dorsiflexion du pied contre résistance – **jambier antérieur (L_4)**
dorsiflexion du 1[er] orteil contre résistance – **long extenseur I[er] orteil (L_5)**
flexion plantaire du pied contre résistance – **gastrocnemius (S_1)**
LE PATIENT EST EN DÉCUBITUS VENTRAL – L'étudiant évalue
extension de la hanche contre résistance – **grand fessier (S_1)**
flexion du genou contre résistance – **ischio-jambiers (L_5 - S_1)**

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
FONCTION MOTRICE (suite)

EXAMEN DE DÉPISTAGE (MEMBRES INFÉRIEURS ET DÉMARCHE)
ÉPREUVE DE MINGAZZINI
Le patient est couché sur le dos, hanches fléchies à 80°, genoux et chevilles à 90°, les orteils en extension.
Il doit maintenir cette position pendant 10 secondes, si possible.
N.B. : Une **faiblesse centrale (motoneurone supérieur)** se manifeste par une perte de l'extension des orteils, une diminution de la dorsiflexion du pied ou une légère baisse du talon avant la faiblesse de la cuisse; donc atteinte distale avant proximale.
ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE
L'étudiant demande au patient de se lever debout et observe sa démarche :
▪ posture,
▪ équilibre (stabilité),
▪ largeur du polygone de sustentation,
▪ mouvement des bras,
▪ mouvement des jambes,
▪ façon dont sont effectués les demi-tours,
▪ fluidité des mouvements.
L'étudiant demande au patient
▪ de marcher en tandem (comme sur une ligne),
▪ de marcher sur les talons (**jambiers antérieurs – L_{4-5}),**
▪ de marcher sur la pointe des pieds (**gastrocnemius – S_1),**
▪ de sauter sur place sur une jambe et sur l'autre,
▪ de se lever d'une chaise sans l'aide de ses bras.

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
FONCTION SENSITIVE (suite)

EXAMEN DES MODALITÉS SENSITIVES PRIMAIRES (suite)
3. SENS DE POSITION (PROPRIOCEPTION) – L'étudiant
saisit la phalange distale du 1[er] orteil puis celle du 4[e] doigt d'une main,
par ses bords externes,
en immobilisant la phalange médiane par ses bords externes
et bouge la phalange distale vers le haut et vers le bas
pour faire comprendre au patient le sens des termes (haut et bas);
il demande au patient de fermer les yeux
et il bouge la phalange de façon imprévisible
tantôt vers le haut, tantôt vers le bas
et demande au patient si le mouvement de la phalange, une fois arrêté, situe la phalange vers le haut ou le bas.
Il compare les 2 côtés en des points symétriques au niveau des mains et des pieds.
Il compare aussi les bras aux jambes.
N.B. : Si l'examen est anormal, le même exercice est effectué au niveau des poignets et des chevilles, puis avec les coudes et les genoux.
4. SENS VIBRATOIRE – L'étudiant
utilise un diapason (128 Hz),
demande au patient de fermer les yeux,
frappe modérément les branches du diapason dans sa main;
il compare avec sa propre sensation sur le bout de ses doigts
en plaçant le diapason sur la phalange distale (os) du gros orteil du patient
en supportant la phalange examinée avec son propre index;
il demande au patient d'indiquer ce qu'il ressent et quand il ne ressent plus rien;
il compare la sensibilité des 2 côtés en des points symétriques;
il répète la même manœuvre sur la phalange distale des doigts
et détermine le niveau osseux le plus distal où la vibration est perçue (malléole, rotule, etc.; ou poignet, coude, etc.).

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
RÉFLEXES OSTÉOTENDINEUX (suite)

ÉVALUATION SPÉCIFIQUE : RÉFLEXES AU MEMBRE INFÉRIEUR
RÉFLEXE ROTULIEN (L_4)
Le patient est assis au bord du lit, jambes pendantes et relâchées.
L'étudiant place sa main sur la portion distale du quadriceps.
Il frappe directement le tendon rotulien
et il décrit l'effet observé (contraction du quadriceps = extension au genou).
RÉFLEXE ACHILLÉEN (S_1)
Le patient est assis au bord du lit, jambes pendantes.
L'étudiant saisit le pied d'une main et exerce une légère dorsiflexion qu'il maintient;
de l'autre main, il frappe directement sur le tendon d'Achille.
Il décrit l'effet observé (contraction = flexion plantaire).

N.B. : Ce qui suit n'est pas un réflexe ostéotendineux.

RÉFLEXE CUTANÉ PLANTAIRE
L'étudiant peut utiliser l'extrémité du manche de son marteau, mais de préférence la partie rugueuse d'une clé
et la glisse, en appuyant fermement, mais avec respect pour ne pas blesser le patient
le long du bord externe de la plante du pied
du talon jusqu'à l'extrémité distale des métatarsiens
et ensuite vers l'intérieur du pied.
L'étudiant observe le mouvement des orteils
et interprète la réponse obtenue (flexion, neutre ou en extension)
N. B. : Si le cutané plantaire est en extension, c'est le Signe de Babinski (= pathologique).

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
FONCTION SENSITIVE (suite)

EXAMEN DES MODALITÉS SENSITIVES CORTICALES
1. STÉRÉOGNOSIE – L'étudiant
demande au patient de fermer les yeux,
place dans sa main un petit objet familier (par ex. clé, monnaie, etc.) qu'il peut manipuler
et lui demande de l'identifier.
Il compare les 2 côtés.
2. GRAPHESTHÉSIE – L'étudiant
demande au patient de fermer les yeux
écrit un chiffre dans la paume de la main du patient
et lui demande d'identifier ce chiffre.
Il compare les 2 côtés.
3. NOSOGNOSIE (conscience de l'état de son propre corps)
L'étudiant demande au patient : *« Qu'est-ce qui vous amène à l'hôpital ? Êtes-vous paralysé ? Êtes-vous faible d'un côté de votre corps ? »*
4. EXTINCTION OU NÉGLIGENCE SENSITIVE (tactile ou douloureuse)
L'étudiant stimule de façon symétrique alternativement à D puis à G;
puis les deux côtés simultanément,
à la recherche d'une disparition de la sensation du côté lésé lors du stimulus simultané.

ÉPREUVE DE ROMBERG (proprioception – via cordons postérieurs)
Le patient se tient les pieds joints, yeux ouverts, face à l'étudiant.
L'étudiant lui demande de fermer les yeux
et de maintenir la même position pour 30 secondes.
Il avise le patient qu'il le protège contre une chute (sans le toucher) en restant proche de lui
et note, s'il y a lieu, les mouvements d'oscillation.
Il interprète les résultats de l'épreuve. (N.B. : un léger vacillement est normal.)

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
ÉPREUVES CÉRÉBELLEUSES

ÉPREUVE TALON – GENOU
Le patient est couché sur le dos.
En le démontrant clairement,
l'étudiant lui demande de déposer <u>**précisément**</u> le talon d'une jambe sur le dessus de l'autre genou et de glisser le talon le long du tibia de celle-ci
et de répéter ce mouvement à quelques reprises,
avec précision,
avec les yeux ouverts d'abord
et ensuite, les yeux fermés.
L'étudiant observe la précision et la régularité du mouvement.
La manœuvre est effectuée des 2 côtés, l'un après l'autre.

MOUVEMENTS ALTERNATIFS RAPIDES : MEMBRES SUPÉRIEURS
Après l'avoir démontré clairement,
l'étudiant demande au patient de frapper sa propre cuisse d'une main,
de façon rapide et répétitive, en alternant pronation et supination.
L'étudiant observe la vitesse, la régularité et la coordination de ces mouvements.
La manœuvre est effectuée des 2 côtés,
l'un après l'autre,
puis les deux mains ensemble.
En le démontrant clairement,
l'étudiant demande au patient de pianoter avec les 4 doigts successivement sur son propre pouce.
L'étudiant observe la vitesse, la régularité et la coordination du geste.
La manœuvre est effectuée des 2 côtés,
l'un après l'autre,
puis les 2 mains ensemble.

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
ÉPAULE

IDENTIFICATION DES POINTS DE REPÈRE – L'étudiant identifie
l'articulation sterno-claviculaire,
la clavicule,
l'articulation acromio-claviculaire,
l'acromion,
la grande tubérosité de l'humérus (externe par rapport à la petite),
la gouttière bicipitale,
l'apophyse coracoïde (sous la partie concave de la clavicule),
l'épine de l'omoplate (**D_3**),
la pointe inférieure de l'omoplate (**D_7**),
les muscles de la coiffe des rotateurs (latéraux) :
▪ le supra-épineux
▪ l'infra-épineux
▪ le petit rond (teres minor)
le muscle deltoïde.
INSPECTION (effectuée en antérieur, en postérieur et en latéral)
Le patient est assis ou debout.
L'étudiant inspecte les épaules
et les compare l'une à l'autre (même hauteur ? gonflement ? atrophie musculaire ?)
PALPATION, à la recherche d'une douleur – L'étudiant palpe
▪ l'articulation sterno-claviculaire,
▪ la clavicule,
▪ l'articulation acromio-claviculaire,
▪ la région sous-acromiale antérolatérale, après avoir effectué une extension de l'épaule.
▪ la grande tubérosité (site d'insertion du supra- et de l'infra-épineux)
▪ la gouttière bicipitale, à la recherche du tendon du biceps, après avoir effectué des mouvements de rotation externe et interne de l'épaule.
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
ÉPAULE
MANŒUVRES SPÉCIFIQUES

EXAMEN DE LA COIFFE DES ROTATEURS
1) Patient place son coude fléchi à 90^0 et collé sur le tronc L'étudiant lui demande d'effectuer une **rotation externe** contre résistance. ▪ ***Test = positif**, si douleur et/ou faiblesse aux tendons infra-épineux et/ou petit rond.*
2) Il demande au patient de mettre sa main dans le dos, son coude à 90^0 de flexion et de pousser contre la main de l'étudiant pour la décoller de son dos (*Gerber lift off test*) (N.B. : ceci évalue le muscle sous-scapulaire) ▪ ***Test = positif**, si douleur et/ou faiblesse au tendon sous-scapulaire.*
MANŒUVRE DE JOBE
Patient avec son épaule en abduction de 90^0 et 30^0 vers l'avant, coude en extension, pouce vers le bas. L'étudiant exerce une pression vers le bas en lui demandant de résister. ▪ ***Test = positif**, si faiblesse (rupture) ou douleur (tendinopathie) au tendon supra-épineux.*
TEST DE SPEED (Palm-up test)
Le patient fléchit son épaule à 90^0 contre résistance avec le coude en extension et l'avant-bras en supination ▪ ***Test = positif**, si douleur au niveau du long biceps (tendinopathie).*
RECHERCHE D'UN SYNDROME D'ACCROCHAGE SOUS-ACROMIAL
1- MANŒUVRE DE NEER
L'étudiant, placé derrière le patient, fixe l'omoplate d'une main et effectue de l'autre main une flexion passive de l'épaule qui est en rotation interne, le coude en extension. (N. B. : Ceci nécessite de l'amplitude, donc douleur possible en fin d'amplitude) ▪ ***Test = positif**, si reproduction de la douleur du patient.*
2- MANOEUVRE DE HAWKINS
L'épaule et le coude du patient sont fléchis à 90^0. L'étudiant effectue des mouvements passifs de rotation interne de l'épaule. (N.B. : on peut répéter à 30^0 d'adduction horizontale.) ▪ ***Test = positif**, si reproduction de la douleur à la région antérieure de l'épaule.*
3- MANŒUVRE DE YOCUM
Le patient place sa main sur son épaule controlatérale. L'étudiant s'oppose à l'élévation du coude au-dessus de l'horizontale. ▪ ***Test = positif**, si reproduction de la douleur à la région antérieure de l'épaule.*

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
ÉPREUVES CÉRÉBELLEUSES

MOUVEMENTS ALTERNATIFS RAPIDES : MEMBRES INFÉRIEURS
Le patient est couché, jambes étendues.
En le démontrant clairement,
l'étudiant lui demande de frapper la main qu'il lui présente avec son pied,
de façon répétitive et rapide.
L'étudiant observe la vitesse, la régularité et la coordination de ces mouvements
La manœuvre est effectuée des 2 côtés, l'un après l'autre.

ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE
Voir p. 54

EXAMEN NEUROLOGIQUE COMPLET
COORDINATION

LA COORDINATION (N. B. : Ceci nécessite la force musculaire, le système cérébelleux, le système vestibulaire et le système sensitif.)
L'étudiant évalue
les mouvements d'un point à l'autre (doigt-nez et talon-genou)
les mouvements alternatifs rapides (cf. p. 63 et 64)
la démarche (cf. p. 54)
la station debout dans une situation particulière (Romberg) (cf. p. 61)

ÉPREUVES CÉRÉBELLEUSES

OBSERVATION : L'étudiant observe le patient et recherche :
Faciès figé, fluidité des mouvements spontanés, gestuelle spontanée, mouvements anormaux, tremblements, etc.
ÉPREUVE DOIGT – NEZ
L'étudiant et le patient sont face à face et au même niveau.
L'étudiant tient son doigt à 50 cm environ du nez du patient.
En le démontrant clairement,
il demande au patient de toucher le doigt présenté puis son propre nez
de façon répétitive, modérément rapide et précise,
avec les yeux ouverts d'abord
et ensuite, avec les yeux fermés.
L'étudiant demande au patient d'ouvrir de nouveau les yeux
et lui demande de répéter la même manœuvre,
mais cette fois-ci, l'étudiant modifie un peu la position de son doigt juste avant que le patient ne l'atteigne.
L'étudiant observe la précision et la régularité avec laquelle le patient atteint les cibles.
La manœuvre est effectuée des 2 côtés, l'un après l'autre.

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
ÉPAULE (suite)
MANŒUVRES SPÉCIFIQUES

EXAMEN DE L'ARTICULATION ACROMIO-CLAVICULAIRE
1- MANŒUVRE DU FOULARD
L'étudiant effectue une adduction horizontale forcée passive de l'épaule.
▪ ***Test = positif***, si reproduction de la douleur au niveau de l'articulation acromio-claviculaire.
2- **MANŒUVRE D'INSTABILITÉ** (manœuvre d'appréhension)
Le patient est en décubitus dorsal.   L'étudiant effectue une abduction de l'épaule de 90^0, combinée à une rotation externe maximale de celle-ci.   ▪ ***Test = positif***, si reproduction d'une appréhension ou d'une sensation d'instabilité (signe une instabilité gléno-humérale antérieure).

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
ÉPAULE (suite)

MOUVEMENTS DE L'ÉPAULE
Patient debout, assis ou couché (idéalement debout).
• Il lui demande de diriger son bras vers l'avant (**flexion**) (180^0),
• de le diriger vers l'arrière (**extension**) (45^0),
• de l'écarter du tronc (**abduction**) (180^0),
▪ de le rapprocher de la ligne médiane du tronc, à l'horizontale (en flexion de 90^0) (**adduction**) (45^0),
▪ d'éloigner les bras du corps, coudes collés contre le tronc, fléchis à 90^0 (**rotation externe**) (80^0),
▪ de mettre la main dans le dos, en montant le pouce le plus haut possible (**rotation interne surtout**).
ARC DOULOUREUX
▪ L'étudiant recherche une douleur entre 60^0 et 120^0 d'abduction.   N.B. : test = positif, si douleur entre 60^0 et 120^0 (= syndrome d'accrochage sous-acromial)
ASPECTS GÉNÉRAUX DE L'EXAMEN
Il compare les mouvements des 2 épaules.
Il en sait l'amplitude normale approximative.
L'examen est d'abord **actif** (effectué par le patient seul),
puis **passif** (N.B. : idéalement en décubitus dorsal) :
▪ après avoir fixé l'articulation scapulo-thoracique en appuyant la main sur le dessus de l'épaule (N.B. : pour abduction et flexion),
▪ en respectant les limitations (douloureuses ou pas).
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.

N.B. : *Les indications de degré de mouvements de tout l'examen locomoteur proviennent de :* ***Physical examination of the spine and extremities,*** *Stanley Hoppenfeld.*
Ils sont inscrits à titre indicatif pour connaître l'ordre de grandeur de chaque mouvement pour chaque articulation.

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
COUDE

IDENTIFICATION DES POINTS DE REPÈRE – L'étudiant identifie
▪ les épicondyles : latéral et médial (ou épitrochlée),
▪ l'olécrane,
▪ la gouttière paraolécrânienne du nerf ulnaire (cubital),
▪ la tête radiale.
INSPECTION – L'étudiant inspecte le coude, à la recherche
▪ de déformation (présence d'un valgus majoré ?),
▪ de nodules,
▪ de gonflement (bourse olécranienne, articulaire, périarticulaire).
PALPATION – **L'étudiant recherche de la douleur ou un gonflement au niveau**
▪ des épicondyles latéral et médial,
▪ de la région de l'olécrane (bourse olécranienne),
▪ des gouttières paraolécraniennes du côté radial (coude fléchi) et ulnaire, (N.B. : Tinel au niveau du nerf ulnaire au coude.)
▪ des ganglions épitrochléens environ 3 cm au-dessus de l'épitrochlée antérieurement au triceps. (N.B. : sensibles au toucher ?)
MOUVEMENTS – L'étudiant évalue
la **flexion** (135^0 à 150^0); l'**extension** (0^0 à $– 5^0$),
la **supination** (90^0); la **pronation** (90^0).
ASPECTS GÉNÉRAUX DE L'EXAMEN
Il compare l'amplitude des mouvements des 2 coudes et en connaît les normales approximatives.
L'examen est d'abord actif (effectué par le patient seul),
puis passif en respectant les limitations douloureuses ou pas.
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
POIGNET ET MAIN

IDENTIFICATION DES POINTS DE REPÈRE – L'étudiant identifie
▪ l'extrémité distale du radius (styloïde radiale),
▪ l'extrémité distale de l'ulna/cubitus (styloïde ulnaire),
▪ la région des os du carpe,
▪ dont le scaphoïde (« tabatière anatomique » : entre le long extenseur du pouce – en ulnaire – et le court extenseur du pouce + long abducteur du pouce – en radial),
▪ le sillon articulaire du poignet (récessus dorsal),
▪ les articulations MCP (métacarpo-phalangiennes) en dorsal et palmaire,
▪ les articulations IPP (interphalangiennes proximales),
▪ les articulations IPD (interphalangiennes distales),
▪ l'éminence thénarienne, (N.B. : comparer D et G à la recherche d'une atrophie.
▪ l'éminence hypothénarienne.
INSPECTION – L'étudiant inspecte à la recherche
▪ de déformations (par ex. doigt en boutonnière, en col de cygne),
▪ de signes inflammatoires (gonflement, rougeur, chaleur),
▪ de nodules (Heberden aux IPD et Bouchard aux IPP).
PALPATION – L'étudiant palpe
l'articulation du poignet (radio-carpienne)
▪ avec les pouces sur la face dorsale et les doigts sur la face ventrale;
les articulations MCP
▪ avec les pouces sur la face dorsale et les doigts sur la face palmaire;
l'articulation carpo-métacarpienne du pouce (trapézo-métacarpienne)
▪ en effectuant la rotation du pouce avec l'autre main;
les articulations IPP et IPD
▪ entre le pouce et l'index sur les surfaces latérales, palmaires et dorsales,
sur les bords externes des IPP et IPD, il recherche
▪ un épaississement périarticulaire ou un épanchement (synovite) dans un mouvement de légère rotation et de va-et-vient.

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
HANCHE
N.B. : L'examen de la hanche n'est effectué que passivement.

IDENTIFICATION DES POINTS DE REPÈRE – L'étudiant identifie
▪ le grand trochanter,
▪ l'épine iliaque antérosupérieure (EIAS),
▪ la symphyse pubienne,
▪ l'ischion.
PALPATION – L'étudiant recherche de la douleur
dans la région du grand trochanter (bursite ?), le patient étant en décubitus latéral, genoux fléchis (N.B. : l'articulation de la hanche n'est pas palpable.)
MOUVEMENTS – L'étudiant examine le patient en décubitus dorsal
FLEXION (135^0)
L'étudiant fléchit le genou et l'amène vers le thorax le plus possible
et note s'il y a une flexion de la hanche controlatérale.
ROTATION **(N.B. : Ceci peut être effectué en décubitus ventral pour stabiliser le bassin ou en décubitus dorsal avec la hanche et le genou fléchis à 90^0).**
L'étudiant fléchit la hanche et le genou à 90°,
puis, d'une main, il saisit le genou pour stabiliser la cuisse
et de l'autre, il saisit le talon
puis pousse la jambe vers l'intérieur (**rotation externe** = 45^0)
et l'attire vers l'extérieur (**rotation interne** = 35^0)
L'étudiant se place aux pieds du patient (N.B. : autre manœuvre possible)
Il saisit les talons et s'assure que les genoux restent rapprochés,
il éloigne les pieds l'un de l'autre pour la rotation <u>interne.</u>
puis il croise les jambes, pieds en inversion, pour la rotation <u>externe.</u>
ABDUCTION (35 à 40^0)
L'étudiant appuie une main sur l'EIAS ipsilatérale et
saisit, de l'autre main, la cheville du côté ipsilatéral
et attire le membre en extension vers l'extérieur.
ADDUCTION (20 à 30^0)
L'étudiant appuie une main sur l'EIAS ipsilatérale et
saisit, de l'autre main, la cheville du côté ipsilatéral
et attire le membre en extension vers l'intérieur.

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
GENOU

IDENTIFICATION DES POINTS DE REPÈRE – L'étudiant identifie
▪ la tubérosité tibiale (apophyse tibiale antérieure),
▪ les plateaux tibiaux (médial et latéral),
▪ la tête du péroné (fibula),
▪ les condyles fémoraux,
▪ la rotule.
INSPECTION – PATIENT DEBOUT – L'étudiant
Observe la position statique du genou de face, de dos et de profil à la recherche de flexum, de recurvatum, de varus, de valgus, de gonflement ou de rougeur.
INSPECTION – PATIENT EN DÉCUBITUS DORSAL – L'étudiant
recherche la présence de cicatrices chirurgicales, d'œdème, de rougeur, de déformations en varus ou valgus.
EXAMEN DES MOUVEMENTS – EN DÉCUBITUS DORSAL – L'étudiant
vérifie de manière active, puis passive s'il y a une douleur ou un blocage.
L'**hyperextension** (0^0) (recherche d'un recurvatum),
la **flexion** (150^0 lorsque le talon touche la fesse),
puis retour vers l'**extension** (0^0).
PALPATION – EN DÉCUBITUS DORSAL
L'étudiant recherche une chaleur au niveau des articulations (genoux en extension) en palpant du dos de sa main et en comparant les 2 côtés.
Le patient ayant son genou fléchi à 90^0, il palpe à la recherche de douleur :
▪ les structures osseuses (apophyse tibiale antérieure, plateaux tibiaux, tête du péroné (fibula), condyles fémoraux, rotule),
▪ les interlignes articulaires médiale et latérale à partir du tendon rotulien (ménisque médial et latéral),
▪ les tendons (rotulien, quadricipital, bandelette ilio-tibiale, patte d'oie),
▪ les ligaments (insertion des ligaments collatéraux médial et latéral),
○ ligament collatéral médial (LCM),
○ ligament collatéral latéral (LCL) sous forme de corde (N.B. : sa palpation est facilitée par une rotation externe de la hanche, la position FABER),
▪ le creux poplité à la recherche d'un kyste de Baker. (N.B. : idéalement palpé en décubitus ventral.)

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
POIGNET ET MAIN (suite)

MOUVEMENTS ACTIFS ET PASSIFS – L'étudiant vérifie
la **flexion** du poignet (80^0); l'**extension** du poignet (70^0);
la **déviation ulnaire** de la main (30^0); la **déviation radiale** (20^0).
Il demande au patient de fermer le poing (dépistage général de $\mathbf{C_8}$),
d'étendre les doigts puis de les écarter (dépistage général de $\mathbf{T_1}$)
ASPECTS GÉNÉRAUX DE L'EXAMEN
Il compare l'amplitude des mouvements et en connaît les normales.
L'examen est d'abord actif, puis passif.
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.

MANŒUVRES SPÉCIFIQUES
1- FINKELSTEIN
Patient forme un poing avec son pouce dans sa main.
L'étudiant effectue une déviation ulnaire du poignet à la recherche d'une douleur au Long Abducteur et au Court Extenseur (LACE) du pouce en regard de la région de la styloïde radiale.
2- SIGNE DE TINEL au canal carpien
L'étudiant percute la face palmaire du poignet avec le marteau réflexe à la recherche de reproduction de paresthésies des doigts dans le territoire d'innervation du nerf médian (syndrome du canal carpien).
3- SIGNE DE PHALLEN
L'étudiant demande au patient d'effectuer une flexion maximale des 2 poignets en les appuyant l'un contre l'autre pendant 60 sec.
▪ ***Test = positif**, s'il y a apparition de paresthésies dans le territoire du nerf médian (syndrome du canal carpien).*

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
COUDE (suite)
MANŒUVRES SPÉCIFIQUES

TENDINOPATHIE DES ÉPICONDYLIENS (« *tennis elbow* »)
L'étudiant demande au patient d'effectuer une **extension** du poignet contre résistance lorsque son coude est fléchi et avant-bras appuyé.
(N.B. : on peut vérifier avec le coude en extension, si non douloureux ainsi)
▪ ***Test = positif**, si production de douleur au niveau de l'épicondyle latéral.*
Manœuvre de Mills :
L'étudiant effectue une extension passive du coude associée à une flexion palmaire maximale du poignet (i.e. avant-bras en pronation).
▪ ***Test = positif**, si production de douleur au niveau de l'épicondyle latéral.*
TENDINOPATHIE DES ÉPITROCHLÉENS (« *golfer's elbow* »)
L'étudiant demande au patient d'effectuer une **pronation** du poignet contre résistance.
L'étudiant demande au patient d'effectuer une **flexion** du poignet contre résistance.
▪ ***Test = positif**, si production de douleur au niveau de l'épitrochlée.*
Manœuvres de Mills inversée :
L'étudiant effectue une extension passive du coude associée à une extension maximale du poignet (i.e. avant-bras en supination).
▪ ***Test = positif**, si production de douleur au niveau de l'épitrochlée.*

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
GENOU (suite)

MANŒUVRES SPÉCIFIQUES – Patient en décubitus dorsal.
1- SIGNE DU FLOT
Recherche d'épanchement intra-articulaire léger (« *bulge sign* »)
Avec une main, l'étudiant vide le méplat médial (récessus) du genou **de bas en haut** (i.e. vers le récessus sous-quadricipital)
Puis il vide le récessus latéral et sous-quadricipital en faisant glisser l'autre main **<u>en latéral</u>, vers le haut puis vers en bas** (en médial),
à la recherche d'un bombement (comblement) sur la face médiale du genou (récessus médial)
2- SIGNE DU GLAÇON (OU CHOC ROTULIEN)
Recherche d'épanchement intra-articulaire plus important (ballottement)
L'étudiant localise avec son index le centre de la rotule.
De son autre main, il maintient une pression sur le récessus sous-quadricipital (pour chasser le liquide vers l'articulation – i.e. sous la rotule)
et, avec son index au centre de la rotule, il effectue une pression vers le fémur à la recherche d'un mouvement de la rotule qui le heurte.
▪ ***Test = positif**, si au relâchement de la pression, la rotule flotte comme un glaçon.*
3- SIGNE DU RABOT (« patellofemoral grinding test »)
Recherche d'une lésion patellaire.
L'étudiant presse <u>délicatement</u> la rotule contre le fémur (car c'est souvent douloureux).
Puis il mobilise la rotule dans le plan médio-latéral et longitudinalement (crânio-caudal),
à la recherche de douleur et de crépitements ressentis sous la rotule.
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
HANCHE (suite)

MOUVEMENTS – L'étudiant examine le patient en décubitus ventral.
EXTENSION (30^0)
En maintenant le bassin d'une main,
l'étudiant soulève le membre inférieur en soutenant le genou ou la cuisse, mais en ne fléchissant pas trop le genou car ceci étirera le droit antérieur.
L'examen est effectué des 2 côtés.

MESURE DE LA LONGUEUR DES MEMBRES INFÉRIEURS
Le patient est en décubitus dorsal.
L'étudiant mesure avec un galon la distance entre l'EIAS et le sommet de la malléole médiale ipsilatérale.
Il répète la même manœuvre de l'autre côté et compare les longueurs.
EXAMEN DE LA HANCHE : PATIENT DEBOUT
L'étudiant observe la démarche (cf. p. 54) à la recherche d'une boiterie.
ASPECTS GÉNÉRAUX DE L'EXAMEN
Il compare l'amplitude de tous les mouvements de la hanche et en connaît les normales approximatives.
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.

MANŒUVRES SPÉCIFIQUES
1- MANŒUVRE DE FABER (F = flexion + AB = abduction + ER = rotation externe) effectuée de façon passive.
Si douleur + limitation à l'aine = pathologie de la hanche.
Si douleur à la fesse + limitation = pathologie sacro-iliaque.
2- MANŒUVRE DE FADIR (F = flexion + AD = adduction + IR = rotation interne) effectuée de façon passive.
Si douleur + limitation à l'aine = conflit fémoro-acétabulaire (atteinte du labrum).

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
GENOU (suite)

EXAMEN DES LIGAMENTS COLLATÉRAUX : LAXITÉ LIGAMENTAIRE.
Le patient est en décubitus dorsal, jambes étendues.
L'étudiant soulève un membre inférieur et fléchit le genou à 20^0,
il stabilise la cheville entre son coude et son tronc,
les deux mains de part et d'autre du tibia proximal,
il tente de provoquer un bâillement en latéral (varus) en poussant avec sa main située à la face médiale pour le **ligament collatéral latéral (LCL)**
et tente de provoquer un bâillement en médial (valgus) en poussant avec sa main située à la face latérale pour le **ligament collatéral médial (LCM).**
Par la suite, ces manœuvres sont répétées le genou en extension.
Test = positif, *si production de douleur et/ou de laxité.*
EXAMEN DES LIGAMENTS CROISÉS
1- SIGNE DU TIROIR – Ligaments croisés antérieur et postérieur.
Le genou est fléchi à 90° et le pied reposant à plat sur la table,
est stabilisé par l'étudiant qui s'assoit délicatement sur le bout du pied.
L'étudiant saisit le tibia proximal des 2 mains, en plaçant ses 2 pouces sur l'apophyse tibiale antérieure, les autres doigts dans le creux poplité,
puis il tire le tibia vers l'avant (**ligament croisé antérieur – LCA)**
et le pousse vers l'arrière (**ligament croisé postérieur – LCP**);
il observe la présence ou non de mouvement et la présence ou non d'un arrêt dur en comparant les 2 côtés.
▪ ***Test = positif****, si augmentation de la translation et/ou arrêt mou.*
2- TEST de LACHMAN – Ligament croisé antérieur (LCA)
Le genou est fléchi à 20^0 et les muscles doivent être relâchés.
Genou D : L'étudiant stabilise la cuisse distalement avec sa main G (il peut s'aider en plaçant son genou sous la cuisse du patient) et entoure le tibia avec sa main D en plaçant son pouce sur l'apophyse tibiale antérieure;
d'un mouvement sec, il déplace le tibia antérieurement avec sa main D.
Test normal = arrêt dur.
L'étudiant compare les 2 genoux à la *recherche d'une translation antérieure anormale du tibia et d'un arrêt mou; si* ***test positif*** *= déchirure du LCA.*

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
CHEVILLE ET PIED

IDENTIFICATION DES POINTS DE REPÈRE – L'étudiant identifie
▪ les malléoles (médiale et latérale),
▪ les ligaments talofibulaires (antérieur et postérieur),
▪ le ligament tibio-fibulaire antéroinférieur,
▪ le ligament calcanéofibulaire,
▪ le tendon d'Achille,
▪ le calcanéum.
INSPECTION – PATIENT ÉTANT DEBOUT – L'étudiant inspecte
▪ la cheville et le pied : déformations, gonflement, ecchymose, etc.,
▪ puis évalue l'arche plantaire.
PALPATION – PATIENT EN DÉCUBITUS DORSAL – L'étudiant palpe
▪ les malléoles (médiale et latérale),
▪ le talon d'Achille,
▪ l'articulation de la cheville, avec ses 2 pouces placés sur le sillon articulaire antérieur, puis sous chaque malléole,
▪ les articulations métatarso-phalangiennes (MTP) en serrant le pied entre son pouce (en face dorsale) et son index,
▪ le fascia plantaire à son insertion sur le calcanéum.
MOUVEMENTS ACTIFS ET PASSIFS DE LA CHEVILLE
ARTICULATION TIBIO-TALIENNE : L'étudiant évalue
▪ la dorsiflexion de la cheville (20^0), le genou fléchi,
▪ la flexion plantaire (50^0).
ARTICULATION SOUS-TALIENNE
L'étudiant prend le talon dans sa main D et maintient de l'autre main la face postérieure du tibia au-dessus de la cheville;
▪ il amène le talon vers l'extérieur : **éversion de la cheville** (5^0),
▪ puis amène le talon vers l'intérieur : **inversion de la cheville** (30^0).

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
RACHIS

IDENTIFICATION DES POINTS DE REPÈRE
PATIENT ÉTANT DEBOUT – L'étudiant identifie :
▪ l'apophyse épineuse de C_7 (N.B. : C_6 disparaît en extension),
▪ l'apophyse épineuse de L_4,
▪ les autres apophyses épineuses,
▪ les crêtes iliaques (niveau de l'espace L_4 - L_5),
▪ les épines iliaques antérosupérieures (EIAS),
▪ les épines iliaques postéro-supérieures (EIPS).
INSPECTION DU RACHIS – VISION DE DOS
LE PATIENT ÉTANT DEBOUT.
L'étudiant recherche une déformation ou une asymétrie (scoliose).
INSPECTION DU RACHIS – VISION DE PROFIL
LE PATIENT ÉTANT DEBOUT.
L'étudiant évalue les courbures du rachis :
cervical (lordose), dorsal (cyphose), lombaire (lordose).
PALPATION DU RACHIS
N.B. : Elle s'effectue à la fin de l'examen du rachis lombaire.
PATIENT ÉTANT PENCHÉ VERS L'AVANT, son abdomen appuyé sur la table d'examen, dans une position confortable**,** l'étudiant palpe :
▪ les apophyses épineuses avec le pouce,
▪ et les muscles paravertébraux de la colonne dorsale et lombaire
o à la recherche de douleur ou de spasme musculaire.
EXAMEN DU RACHIS CERVICAL
Cf. p. 82
EXAMEN DU RACHIS LOMBAIRE
Cf. pp. 83 à 85

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
RACHIS LOMBAIRE

ÉVALUATION DES MOUVEMENTS ACTIFS
LE PATIENT ÉTANT DEBOUT, pieds légèrement écartés.
L'étudiant vérifie :
la **flexion** (75^0 à 90^0)
▪ Il lui demande de se pencher vers l'avant sans plier les genoux
▪ et note le déroulement du rachis en l'observant, étant assis derrière le patient.
▪ Il mesure la distance doigts-sol.
▪ Il vérifie le rythme lombo-pelvien (délordose et flexion de la hanche).
l'**extension** (30^0)
▪ L'étudiant, ayant stabilisé le bassin dans la région lombaire,
▪ demande au patient de se pencher vers l'arrière sans plier les genoux;
▪ il note le mouvement du rachis en l'observant, étant assis derrière le patient.
les **rotations** (30^0)
▪ L'étudiant, ayant stabilisé le bassin (main sur les 2 crêtes iliaques),
▪ demande au patient de tourner ses épaules vers la droite;
▪ puis il lui demande de tourner ses épaules vers la gauche;
▪ il note le mouvement du rachis en l'observant, étant assis derrière le patient.
N.B. : La rotation peut aussi être effectuée le patient étant assis.
les **flexions latérales** (35^0)
▪ L'étudiant, ayant stabilisé le bassin (une main sur la crête iliaque controlatérale),
▪ il demande au patient de se pencher d'un côté puis de l'autre, sans flexion,
▪ et note le mouvement du rachis en l'observant, étant assis derrière le patient.
N.B. : Le bassin peut ne pas être stabilisé si on veut observer le mouvement des courbures.

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
CHEVILLE ET PIED (suite)

MOUVEMENTS ACTIFS ET PASSIFS DE LA CHEVILLE (suite)
ARTICULATION MÉDIO-TARSIENNE
L'étudiant stabilise le talon d'une main et de l'autre, saisit les métatarses par la face dorsale du pied
et tourne les os du pied (métatarses)
vers l'intérieur = **inversion du pied** (40^0),
puis vers l'extérieur = **éversion du pied** (30^0).
ASPECTS GÉNÉRAUX DE L'EXAMEN
Il compare l'amplitude de tous les mouvements de la cheville et en connaît les normales approximatives.
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.
EXAMENS SPÉCIFIQUES
LAXITÉ DE L'ARTICULATION TIBIO-TALIENNE
1- TIROIR ANTÉRIEUR
Le patient est en décubitus dorsal, genou fléchi à environ 60^0, le talon appuyé sur la table, la cheville en position de 20^0 de flexion plantaire.
L'étudiant maintient d'une main le tibia et le péroné distal et de l'autre main, il saisit le talon.
Par la suite, il exerce une translation antérieure sur le talon.
Il compare avec le côté controlatéral.
▪ ***Test = positif**, s'il y a une augmentation de la translation antérieure du talon comparativement au côté opposé (= signe une atteinte des ligaments latéraux de la cheville)*
2- TEST EN VARUS ET VALGUS FORCÉS
Le patient est en décubitus dorsal.
L'étudiant fixe d'une main le tibia distal et de l'autre main, prend le talon et l'amène au maximum en dedans (varus) ou en dehors (valgus)
▪ ***Test = positif**, s'il y a une augmentation unilatérale de la bascule en varus ou en valgus du talon (i.e. une lésion du ou des ligaments latéraux (en varus) et médiaux (en valgus).*

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
GENOU (suite)

3- TEST du PIVOT ("*pivot shift*") – LCA *** OPTIONNEL ***
Le patient est en décubitus dorsal avec la jambe en extension complète.
Genou D : L'étudiant stabilise la cheville entre son coude et son tronc.
Il place sa main G à la face latérale du genou et sa main D à la face médiale de la jambe.
Sa main G induit un valgus du genou, le corps induit une compression axiale, tandis que sa main D amène le genou en rotation interne.
En maintenant cette torsion, à partir d'une extension à 0^0, il fléchit le genou.
▪ ***Test = positif**, s'il y a apparition d'un ressaut entre 20^0 et 40^0 de flexion.*
EXAMEN DES MÉNISQUES
1- Test de McMurray – Le patient est en décubitus dorsal.
Pour le genou D : l'étudiant place sa main G au niveau de l'interligne articulaire et sa main D soutient le pied du patient.
Il effectue une flexion complète du genou et l'amène en valgus et en rotation externe. (N.B. : ceci teste le ménisque médial.)
En gardant cette torsion, il amène doucement la jambe en extension.
▪ ***Test = positif**, s'il y a un « clic » au niveau de l'interligne articulaire + douleur.*
Il refait la même manœuvre en amenant cette fois le genou en varus et en rotation interne. (N.B. : ceci teste le ménisque latéral.)
2- Test de Thessaly
Le patient sur une jambe, l'étudiant le soutient en tenant ses bras tendus.
Le patient fléchit le genou à 5^0 et effectue des rotations du corps et du genou en conservant l'angle demandé.
▪ ***Test = positif**, s'il y a présence de douleur à la région médiale ou latérale.*
Le test est refait avec une flexion de 20^0.
ASPECTS GÉNÉRAUX DE L'EXAMEN
Il compare l'amplitude de tous les mouvements du genou et en connaît les normales approximatives.
L'examen est d'abord actif, puis passif en respectant les limitations douloureuses ou pas.
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
RACHIS LOMBAIRE (suite)

MESURE DE L'INDICE DE SCHOBER MODIFIÉ : mesure de la mobilité du rachis lombo-sacré.
L'étudiant, étant assis derrière le patient, effectue trois marques sur la peau.
Le premier trait est noté à la hauteur des épines iliaques postéro-supérieures (fossettes de Vénus) sur la ligne vertébrale.
Le deuxième trait est mis 10 cm plus haut (repère supérieur) et le troisième trait, 5 cm plus bas (repère inférieur).
Puis il demande au patient d'effectuer une flexion, genoux en extension,
et il prend la mesure entre le repère inférieur et le repère supérieur.
Normalement, cette mesure passe de 15 cm (en position neutre) à ≥ 21 cm en flexion maximale du rachis.

TESTS DE MISE SOUS TENSION DU NERF SCIATIQUE (L_4 - L_5 - S_1 - S_2)
1 - MANŒUVRE DU TRIPODE (LE PATIENT ÉTANT ASSIS)
N.B. : L'examen est débuté au niveau du côté non douloureux.
L'étudiant est à sa droite.
Il soulève **très lentement** la jambe non douloureuse,
▪ jusqu'à l'extension complète du genou
▪ ou jusqu'à l'apparition d'une douleur. (N.B. : si c'est la jambe non douloureuse, il ne devrait pas y avoir apparition de douleur.)
Il demande au patient de situer où est la douleur reproduite, le cas échéant.
Il lui demande de décrire le trajet de celle-ci.
▪ ***Test = positif**, si reproduction de la sciatalgie actuelle du patient.*
Il observe s'il y a un mouvement défensif (tripode = le patient se projette vers l'arrière en s'appuyant sur ses deux mains).
En l'absence de douleur, il effectue **délicatement** une manœuvre de renforcement (dorsiflexion de la cheville) pour vérifier si ceci reproduit la douleur.
Il répète la même manœuvre avec la jambe douloureuse avec plus de précaution.
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
RACHIS CERVICAL

IDENTIFICATION DES POINTS DE REPÈRE (Patient étant debout)
L'étudiant identifie
▪ l'apophyse épineuse de C_7 (N.B. : C_6 disparaît en extension),
▪ les autres apophyses épineuses.
INSPECTION DU RACHIS – VISION DE FACE ET DE DOS
L'étudiant recherche une déviation (D ou G), une rotation, une flexion latérale ou une posture antalgique.
INSPECTION DU RACHIS – VISION DE PROFIL
L'étudiant évalue les courbures du rachis cervical (lordose normale).
PALPATION DU RACHIS (Patient en décubitus dorsal)
L'étudiant, étant à la tête du patient, glisse ses deux mains sous la nuque
et palpe chaque apophyse épineuse,
puis il palpe en paravertébral (muscles paravertébraux, facettes articulaires)
à la recherche de douleur, d'empâtement ou de spasmes musculaires (cordon musculaire palpable ?).
MOUVEMENTS – RACHIS CERVICAL
LE PATIENT ÉTANT ASSIS sur la table d'examen.
L'étudiant évalue :
▪ **flexion** : il demande au patient de baisser son menton vers le sternum;
▪ **extension** : le faciès du patient sera presque parallèle au plafond;
▪ **flexion latérale** droite et gauche (environ 45°);
▪ **rotation** droite et gauche : menton presque au niveau de l'acromion.
Il en connaît l'amplitude normale approximative.
L'examen est d'abord actif (effectué par le patient seul),
puis passif (effectué par l'étudiant seul) en respectant les limitations (douloureuses ou pas) – **N.B. : prudence lors de l'extension passive.**
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.

EXAMEN LOCOMOTEUR COMPLET
RACHIS LOMBAIRE (suite)

2 - ÉPREUVE D'ÉLÉVATION DE LA JAMBE TENDUE
(LE PATIENT ÉTANT EN DÉCUBITUS DORSAL)
N.B. : L'examen est débuté au niveau du côté non douloureux.
L'étudiant soulève **lentement** le membre inférieur relâché
jusqu'à 90^0 de flexion au niveau de la hanche ou jusqu'à ce qu'une douleur apparaisse.
Il demande de décrire le site et le trajet.
▪ ***Test = positif****, si reproduction de la sciatalgie actuelle du patient.*
Il prend note de l'angle d'élévation (ou de flexion de la hanche) où apparaît la douleur.
En l'absence de douleur, il effectue **délicatement** une manœuvre de renforcement (dorsiflexion de la cheville) pour vérifier si ceci reproduit la douleur.
Il sait reconnaître la différence entre l'étirement des ischio-jambiers et une douleur radiculaire.
Il répète la même manœuvre pour l'autre membre inférieur avec plus de précaution.
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.
TEST DE MISE SOUS TENSION DU NERF FÉMORAL (L_2 - L_3 - L_4)
(LE PATIENT ÉTANT EN DÉCUBITUS VENTRAL) (Lasègue fémoral)
L'étudiant fléchit passivement le genou et effectue **lentement** une extension de la hanche.
Il note l'apparition de douleur à la face antérieure de la cuisse.
▪ ***Test = positif****, si reproduction de la cruralgie actuelle du patient.*
Il compare les deux côtés.
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.
ASPECTS GÉNÉRAUX DE L'EXAMEN DU RACHIS LOMBAIRE
Il connaît l'amplitude normale approximative des mouvements.

EXAMEN VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE COMPLET
AUSCULTATION

AUSCULTATION DES ARTÈRES – TECHNIQUE GÉNÉRALE
Le patient étant en décubitus dorsal, l'étudiant ausculte les artères
en comparant de chaque côté
en recherchant la présence d'un souffle
qu'il saura coter de 0 à 4.
CAROTIDES
Cf. p. 28
AORTE
Cf. p. 41
ARTÈRES RÉNALES
Cf. p. 41
ARTÈRES FÉMORALES
Cf. p. 41

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

ACCUEIL DE LA PATIENTE – L'étudiant
s'informe si elle a déjà subi un examen gynécologique
s'informe comment ça se passe habituellement;
il demande à la patiente d'enlever les vêtements appropriés et lui offre un drap pour se couvrir,
installe la patiente confortablement (soulève le dossier de la table d'examen, s'il y a lieu),
demande à la patiente d'insérer ses pieds dans les étriers et de placer ses fesses sur le bord de la table,
explique tout ce qu'il s'apprête à faire au fur et à mesure.
OBSERVATION – L'étudiant
s'assure qu'il dispose d'un éclairage adéquat,
revêt une paire de gants,
informe la patiente lorsqu'il débute l'examen.
il appuie le dos de ses mains sur les cuisses et écarte les grandes lèvres avec un doigt de chaque main,
écarte les petites lèvres,
observe l'entrée du vagin (vestibule), le méat urinaire, les replis, le clitoris.
Il recherche
▪ de la rougeur sur les muqueuses,
▪ un écoulement (blanchâtre ou jaunâtre),
▪ une plaie ou une masse (condylomes ? abcès ?),
▪ une déformation des parois (cystocèle ? ou rectocèle ?).
Il termine l'observation en concluant verbalement avec ses observations.

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE (suite)

EXAMEN BI-MANUEL (TOUCHER VAGINAL) – L'étudiant
appose de la gelée sur son index et son majeur en l'étendant avec le pouce,
avertit la patiente quand il s'apprête à insérer ses doigts,
introduit délicatement l'index et le majeur en position verticale,
tourne ses doigts en position horizontale, dès qu'ils sont introduits, à la recherche du col utérin;
soulève l'utérus en exerçant une pression délicate sur le col;
en même temps, il exerce une pression progressive avec la main qui est sur le ventre,
perçoit l'utérus entre ses deux mains sur la ligne médiane,
vérifie la présence de douleur à la mobilisation du col,
s'assure de ne pas toucher le clitoris avec son pouce,
s'assure de ne pas s'appuyer sur la symphyse pubienne avec la main placée dans le vagin.
Lorsque l'utérus est rétroversé, l'étudiant écarte les doigts de chaque côté du col pour sentir le fond utérin dans le cul-de-sac vaginal.
il retire légèrement ses doigts pour les glisser vers la voûte latérale,
soulève les doigts légèrement vers la partie antérieure du ventre,
place sa main extérieure à la jonction de l'os iliaque et des poils pubiens,
recherche un ovaire et palpe l'annexe en effectuant un mouvement de rotation de la pulpe des doigts,
effectue le même examen pour l'autre ovaire et l'autre annexe.
Il avise la patiente qu'il retire ses doigts et l'effectue délicatement,
informe la patiente que l'examen est terminé et lui explique ce qu'il a constaté.
Il offre un mouchoir à la patiente.
Il se retire et invite la patiente à se revêtir.
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour la patiente.

EXAMEN VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE COMPLET
MANOEUVRES SPÉCIALES

RECHERCHE D'ŒDÈME
L'étudiant appuie fermement, mais en surveillant si c'est douloureux pour le patient, pendant 5 secondes sur le dos du pied,
▪ puis derrière la malléole interne,
▪ puis sur la face antérieure du tibia,
▪ à la région sacrée (pour le patient alité depuis quelque temps);
il recherche la présence d'une dépression persistante (**signe du godet).**
L'étudiant mesure de chaque côté la circonférence
▪ de la cuisse à 10 cm au-dessus du bord supérieur de la rotule,
▪ du mollet à 10 cm sous le bord inférieur de la rotule,
▪ de la cheville juste au-dessus de celle-ci
et connaît les différences acceptables (cheville < 1 cm; mollet, cuisse < 2 cm).
VÉRIFICATION DE L'IRRIGATION ARTÉRIELLE
1) AUX MEMBRES SUPÉRIEURS **Test d'Allen : test de la compétence de l'arc palmaire.**
Le patient est assis ses mains sur ses cuisses, en supination.
L'étudiant comprime fermement à la fois les artères radiale et cubitale.
Il demande au patient de fermer et d'ouvrir sa main à quelques reprises, puis de la laisser ouverte.
L'étudiant constate la pâleur de la paume qui est apparue,
puis il relâche sa pression sur l'artère radiale
en vérifiant comment se recolore la paume de l'extérieur vers l'intérieur.
Il effectue la même manœuvre pour l'artère cubitale.
en vérifiant comment se recolore la paume de l'intérieur vers l'extérieur.
2) AUX MEMBRES INFÉRIEURS **Test de Burger : test de l'élévation et de la déclivité.**
Le patient est en décubitus dorsal, l'étudiant soulève les deux jambes (entre 45^0 et 60^0) pour au moins 60 secondes
en recherchant l'apparition de pâleur des extrémités,
puis il demande au patient de s'asseoir.
Il note le temps pris pour un retour de la coloration rosée et en connaît la durée normale (< 10 sec.)
Il note aussi la durée du remplissage veineux; durée normale (10-15 sec.).

EXAMEN VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE COMPLET
INSPECTION – PALPATION

INSPECTION – LE PATIENT ÉTANT D'ABORD DEBOUT. **L'étudiant inspecte**
les membres inférieurs à la recherche de la présence de varicosités le long du trajet des veines saphènes interne et externe (i.e. cuisse et partie distale des jambes).
Puis il demande au patient de se coucher en **DÉCUBITUS DORSAL.**
MEMBRES SUPÉRIEURS et INFÉRIEURS
L'étudiant compare les membres à la recherche de différence (taille, couleur, aspect des veines, couleur des lits unguéaux, cyanose).
Il recherche la présence
▪ d'anomalies de pigmentation (hyperpigmentation brunâtre),
▪ de fibrose ou d'atrophie du tissu sous-cutané,
▪ d'ulcères ou de cicatrices d'ulcères,
▪ d'œdème.
Il vérifie la distribution des poils sur les jambes, les pieds et les orteils.
PALPATION – ÉVALUATION DE LA TEMPÉRATURE CUTANÉE
L'étudiant compare la température de la peau de chaque membre
sur des zones symétriques, avec le dos de sa main.
TECHNIQUE GÉNÉRALE
L'étudiant palpe les pouls en utilisant le bout des 2e, 3e et 4e doigts
en comparant chaque côté
et en les qualifiant (absent, diminué, normal, augmenté, bondissant).
sur une échelle de 0 à 3+ (**2+ = normal**) (cf. Bates' 11e éd. p. 500; 12e éd. p. 522).
PALPATION DES POULS
Pouls radial cf. p. 34
Pouls huméral (brachial) cf. p. 34
Pouls fémoral cf. p. 48
Pouls poplité cf. p. 48
Pouls pédieux cf. p. 48
Pouls tibial postérieur cf. p. 48

EXAMEN DES ORGANES GÉNITAUX MÂLES

L'étudiant examine le pénis.
Il rétracte le prépuce (si présent) sans forcer.
Il observe le gland à la recherche de décoloration, d'induration ou d'ulcères.
Il observe le méat urinaire : localisation adéquate ? (hypospadias ? ou épispadias ?).
Il effectue une compression légère sur le méat pour écarter légèrement les lèvres (rougeur ? écoulement ?).
Il palpe le long du corps du pénis, s'il a noté une induration ou si une anomalie a été signalée par le patient.
Il palpe entre le pouce et les 2e et 3e doigts.
L'étudiant examine le scrotum.
Inspection
Il observe le scrotum à la recherche de télangiectasies ou de kystes épidermoïdes.
Palpation
L'étudiant utilise ses 3e, 4e et 5e doigts D pour soulever le sac scrotal.
Le pouce et l'index de la main G fixent le cordon spermatique G et
le pouce et l'index de la main D palpent le testicule G, l'épididyme, le canal déférent et les éléments du cordon.
Le pouce et index de la main G fixent le cordon spermatique D et
le pouce et index de la main D palpent le testicule D, l'épididyme, le canal déférent et les éléments du cordon.
S'il palpe une masse qui est dissociée du testicule, l'étudiant effectue une transillumination à la recherche d'une spermatocèle.
S'il palpe une masse qui englobe le testicule, l'étudiant effectue une transillumination à la recherche d'une hydrocèle.
Si l'étudiant palpe une masse multiforme au niveau du cordon spermatique = varicocèle.
Il effectue l'examen d'une façon délicate et respectueuse.
L'examen est effectué avec un minimum d'inconfort pour le patient.

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE (suite)

EXAMEN AU SPÉCULUM – L'étudiant
réchauffe le spéculum avec la main de la femme, de l'eau tiède ou sa main (si spéculum métallique),
place le spéculum sur la cuisse de la femme pour qu'elle en sente la température (si spéculum métallique),
écarte les petites lèvres,
informe la patiente quand il s'apprête à insérer le spéculum,
insère le spéculum en appuyant légèrement sur la paroi postérieure du vagin (insertion à 45^0 ou à l'horizontale),
introduit le spéculum en postérieur sans donner d'angle et sans l'ouvrir,
ouvre délicatement le spéculum lorsqu'il sent une pression,
continue de l'ouvrir à la recherche du col utérin,
maintient le spéculum vis-à-vis de l'entrée du col,
ouvre le spéculum d'une façon adéquate pour bien voir et le fixe,
effectue un prélèvement, s'il y a lieu, ou observe.
Lorsqu'il a terminé, il dévisse la vis tout en maintenant le spéculum ouvert,
avertit la patiente qu'il retire le spéculum;
lorsque le col n'est plus entre les palettes du spéculum, il garde une ouverture minimale du spéculum pour examiner les parois du vagin,
ferme le spéculum complètement avant de le retirer tout en prenant garde de ne pas pincer la paroi vaginale.
Il effectue l'examen d'une façon délicate et respectueuse avec un minimum d'inconfort pour la patiente.

EXAMEN ANO-RECTAL

INSPECTION (PATIENT EN POSITION DEBOUT)
L'étudiant s'assure de disposer d'un éclairage adéquat.
Le patient est debout, penché au-dessus de la table d'examen sur laquelle il appuie ses coudes.
L'étudiant met une paire de gants.
Il avise le patient qu'il va écarter ses fesses.
Il l'effectue de façon respectueuse,
puis il observe l'anus et la région périanale.
En se positionnant sur un côté du patient, il lui demande de forcer légèrement (manœuvre de Valsalva)
et recherche des hémorroïdes, des marisques ou d'autres lésions cutanées (condylomes, abcès, etc.).
PALPATION – TOUCHER RECTAL – (PATIENT EN POSITION DEBOUT)
L'étudiant enduit son index de lubrifiant,
avise le patient qu'il va écarter ses fesses et l'effectue avec son autre main.
Il l'avertit qu'il y aura une pénétration de son doigt,
appuie l'index, face palmaire vers le bas, sur la marge anale,
l'introduit dans le canal anal,
note le tonus du sphincter anal (sténosé ou relâché);
il introduit son doigt le plus loin possible dans le rectum.
L'étudiant, pour se donner un point d'appui, place une main sur la région sacrée du patient.
Il palpe toutes les parois du rectum, dans le sens horaire, à la recherche
▪ de zones douloureuses,
▪ d'irrégularités,
▪ de masses.

EXAMEN ANO-RECTAL (suite)

EXAMEN SPÉCIFIQUE
PALPATION DE LA PROSTATE
L'étudiant palpe la prostate (face antérieure du rectum) et en note
▪ le volume et la symétrie des lobes,
▪ la consistance,
▪ la sensibilité.
Il identifie
▪ le sillon médian,
▪ les 2 lobes latéraux.
Il en parcourt la surface à la recherche de nodules, d'induration.
Une fois l'examen terminé, il en avise le patient et retire son doigt.
Il note sur son doigt la présence de sang ou la couleur des matières fécales dont il est enduit, s'il y a lieu.
Il fournit au patient le matériel nécessaire pour s'essuyer.
L'EXAMEN RECTAL – POSITION ALTERNATIVE (position de Sims)
Le patient est couché,
en décubitus latéral gauche,
et ses jambes sont en demi-flexion, la jambe droite étant plus fléchie.